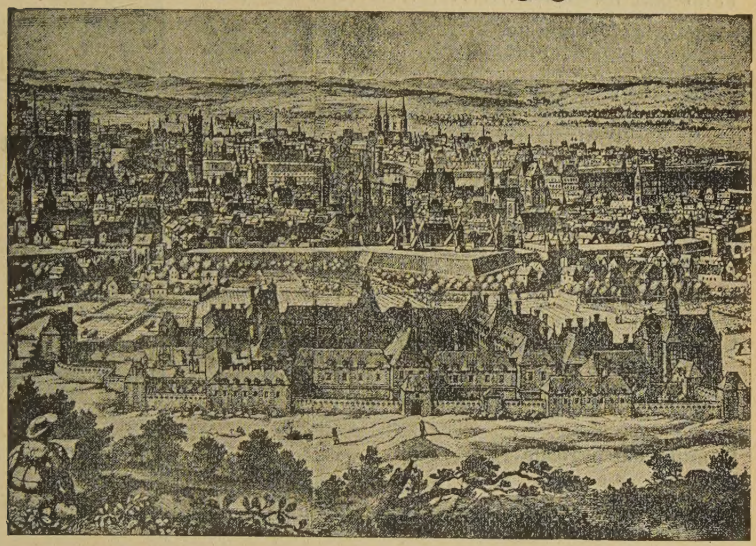
ANNÉE 1907 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N° 278

# THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 29 Mai 1907, à 1 heure*

PAR

**R.-G. LÉPINE**




*L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# INCIDENTS PLEURO-PULMONAIRES

## au cours de la Syphilis secondaire

*Président :* M. GAUCHER, *professeur*

*Juges* { MM. LANDOUZY, *professeur*
CLAUDE, *agrégé*
MARCEL LABBÉ, *agrégé*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

**IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE**

BONVALOT-JOUVE, 15, RUE RACINE

1907

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# Incidents Pleuro-Pulmonaires

## Au Cours de la Syphilis Secondaire

---

## INTRODUCTION

Nous étudierons dans ce travail quelques points relatifs à l'histoire des accidents pleuro-pulmonaires qui surviennent au cours de la syphilis secondaire.

Ces accidents peuvent dépendre de diverses causes.

La syphilis, par elle-même, détermine quelquefois — quoique rarement — des manifestations sur les bronches, sur la plèvre, et, s'il en faut croire certains auteurs, sur les ganglions médiastinaux. Ces bronchites, ces pleurésies, ces adénopathies trachéo-bronchiques sont, au point de vue clinique, latentes ou manifestes.

Les maladies aiguës intercurrentes n'épargnent pas le syphilitique secondaire : la bronchite simple, la

grippe, provoquent chez lui des lésions pulmonaires comme chez tous les individus ; mais il est une affection extrêmement fréquente, la tuberculose, qui semble avoir une certaine prédilection pour le terrain syphilitique.

La tuberculose peut être antérieure à la syphilis — et par là nous entendons qu'elle s'est déjà manifestée par des symptômes appréciables —. La syphilis cause souvent alors une recrudescence notable de l'infection tuberculeuse, qui précipite son cours vers une terminaison fatale. Il n'est pas rare non plus de voir la syphilis secondaire, dans les premiers mois, hâter — semble-t-il — le développement d'une tuberculose qui jusque là était restée latente ou du moins n'avait donné lieu à aucun signe clinique important.

Quelle que soit la fréquence de la contagion en matière de tuberculose on s'expliquerait malaisément, dans beaucoup de cas, cette éclosion rapide de tubercules pulmonaires, succédant à l'inoculation de la vérole si, n'était là pour nous aider une notion qui tend de plus en plus à devenir classique et qu'on peut résumer en ces deux propositions :

Les tubercules peuvent demeurer latents pendant très longtemps ;

Une maladie infectieuse intercurrente réveille souvent l'infection — restée locale et atténuée —, augmente la dissémination des lésions ainsi que la virulence du bacille.

Les faits journellement observés de tuberculose succédant à la rougeole, à la coqueluche, à la pneu-

monie, à la fièvre typhoïde, sont susceptibles de cette explication.

L'hypothèse se trouve vérifiée quand le malade a été atteint autrefois d'une tuberculose atténuée — ganglionnaire, osseuse ou pleurale — dont le foyer a paru s'éteindre et les lésions guérir complètement.

La syphilis secondaire, c'est-à-dire la syphilis généralisée où l'agent pathogène occupe les milieux sanguin et lymphatique, a une action analogue vis-à-vis des foyers tuberculeux latents.

Si la tuberculose pulmonaire au cours de la syphilis secondaire n'est pas plus fréquente, c'est que le réveil d'une lésion bacillaire n'est pas suivi d'emblée, dans tous les cas, d'une dissémination dans l'économie. Souvent l'infection réveillée reste localisée à la lésion tuberculeuse primitive, à un ganglion par exemple, comme cela se rencontre quelquefois dans la syphilis.

Le « scrofulate de vérole », suivant la pittoresque expression de Ricord, n'est autre chose que le réveil d'une tuberculose sous l'influence de la syphilis, acquise ou héréditaire. Il est fréquent de l'observer au cours des premiers mois de l'infection syphilitique surtout lorsqu'on se rappelle que, comme nous le disions plus haut, la tuberculose peut rester ganglionnaire.

Si la tuberculose existe primitivement dans le poumon, c'est en ce point qu'elle va se réveiller et se développer ; mais là encore son évolution peut

rester discrète, fugace, elle peut être si peu marquée, si passagère que personne ne songe à incriminer le bacille de Koch, consister simplement en épisodes pleuraux, corticaux, bronchitiques ou en infiltrations classiques limitées. Elle guérit souvent si on prend soin de rattacher à la tuberculose tout ce qui lui appartient.

Si nous insistons sur ce fait qui, pour une part, nous a donné l'idée d'écrire ce travail, c'est que, comme nous le verrons, les auteurs classiques ont tous dénoncé l'extrême gravité de l'association de la tuberculose et de la vérole. On a bien signalé des tuberculoses à marche hâtive succédant à l'inoculation de la syphilis, des phtisies galopantes broncho-pneumoniques ou sanguines, on a, à notre avis, trop peu fait cas des épisodes tuberculeux légers au cours de la syphilis secondaire.

Il y a à cela deux raisons :

1° La syphilis secondaire touche peu le poumon. D'un autre côté ses manifestations multiples : cutanées, muqueuses, ganglionnaires, viscérales, absorbent assez l'attention du médecin pourqu'il ne lui vienne pas à l'esprit de chercher encore autre chose. S'il a d'ailleurs dans les moyens employés pour la combattre la confiance qu'on leur accorde ordinairement, il est logiquement amené à penser que le traitement qui guérit un accident doit guérir l'autre lorsque tous deux reconnaissent la même origine.

2° Les épisodes aigus, passagers de la tuberculose sont difficiles à diagnostiquer, en tant que relevant

du bacille de Koch. Il faut une étude journalière et détaillée des malades pour les reconnaître ; souvent même ils ne pourront qu'être présumés, la confirmation scientifique étant impossible à obtenir.

Leur diagnostic présente pourtant une importance manifeste. Sans doute le traitement mercuriel a une action puissante sur l'organisme syphilisé, il combat l'anémie et la déchéance dues à la maladie et en soutenant, en réparant les forces du malade le favorise dans la lutte qu'il engage contre de nouveaux ennemis ; il n'en est pas moins vrai cependant, — qu'on veuille voir comme la plupart des auteurs la cause des tuberculoses post-syphilitiques dans la débilité des malades ou qu'on la voie simplement comme nous dans le réveil d'anciens foyers latents, par la vérole au même titre que par une infection quelconque — il n'en est pas moins vrai, disons-nous, que le médecin aura d'autant plus de chances d'améliorer l'état de ses malades qu'il traitera simultanément les deux affections.

Nous nous efforcerons donc surtout de montrer comment, étant donné un accident pleuro-pulmonaire léger, fugace au cours de la syphilis secondaire on peut avoir une idée de sa cause déterminante : syphilitique ou tuberculeuse. Dans quelques cas cette étiologie est possible à déterminer en se servant de la clinique et du laboratoire.

Nous montrerons d'autre part que dans la syphilis secondaire comme en dehors d'elle il est des épisodes tuberculeux qui s'atténuent spontanément.

Nous verrons enfin, d'après les observations que nous avons pu consulter, qu'il n'y a pas de relations nettes entre les accidents pleuro-pulmonaires de la période secondaire et les accidents tuberculeux des syphilitiques secondaires. Les premiers ne paraissent pas provoquer les seconds, les deux variétés évoluent chez des malades différents contrairement à ce qui s'observe à la période tertiaire où la syphilis du poumon semble appeler le bacille de Koch.

Notre travail comprendra trois parties :

1° La description de la syphilis pulmonaire chez les syphilitiques secondaires, de ses formes : bronchitique, pleurale, ganglionnaire;

2° La description de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques secondaires, de ses formes : aiguë, subaiguë, chronique commune, fluxionnaire éphémère, pleuro-corticale ;

3° Le diagnostic entre ces deux ordres de faits qui constituent les incidents pulmonaires de la syphilis secondaire ; le pronostic qui en découle et le traitement rationnel qui leur correspond.

# Première Partie

## Accidents syphilitiques pleuro-pulmonaires de la période secondaire

---

### § 1. — *Historique*

Les accidents syphilitiques pleuro-pulmonaires de la période secondaire se rencontrent sous trois formes suivant que les lésions prédominent ou portent exclusivement sur la plèvre, sur les bronches, sur les ganglions trachéo-bronchiques.

On n'a pas signalé juqu'ici — au moins à notre connaissance — de lésions syphilitiques du parenchyme au cours de la période secondaire.

A. — *Forme pleurale* : pleurésie syphilitique secondaire des auteurs ; pleurésie du stade roséolique de la syphilis (Chantemesse et Widal) ; pleuropathie secondaire (Œttinger).

La pleuropathie secondaire a été décrite pour la première fois par Chantemesse et Widal en 1890. Depuis, de nombreux auteurs : Dieulafoy, Talamon,

Lyon, Prétorius, Rochon, Brousse, Raynaud, Montserret, en ont rapporté des observations.

Elle a inspiré trois thèses : celles de Rochon (1), de Montserret (2) et enfin de Carra (3), qui réunissent toutes les observations — au nombre de vingt-trois — jusque-là publiées.

Mais cette pleurésie secondaire devait bientôt être discutée. Lancereaux, dans son *Traité anatomo-pathologique de la Syphilis*, ne l'a jamais rencontrée ; Landouzy (4) et son élève Jacquinet (5) se demandent s'il ne s'agit pas de tuberculoses pleurales frustes. Ils discutent les observations de Carra, et dans le petit nombre d'entre elles où les antécédents du malade sont indiqués et quelquefois sa vie ultérieure ils sont frappés de voir souvent — dans la proportion de un cas sur deux — signaler la tuberculose.

Il est bon de distinguer à ce point de vue deux formes de pleurésie secondaire : La première latente, la seconde à symptomatologie nette et prépondérante, primant, si l'on peut dire, les autres signes présentés par le malade.

La première n'est vraisemblablement pas tuberculeuse ; la seconde, comme nous le verrons, est souvent discutable quant à son origine.

Depuis 1895 la pleurésie secondaire a, tour à tour,

---

1. Rochon. Th. de Paris, 1893.
2. Montserret. Th. de Montpellier, 1894.
3. Carra. Th. de Paris, novembre 1894.
4. Landouzy. *Cliniques médicales de Laënnec.*
5. Jacquinet. Th. de Paris, 1895.

été admise et niée par les auteurs. Récemment, Ravaut (1) dans sa thèse, Œttinger et Malloizel dans un article publié par les *Annales des Maladies vénériennes* (2), s'appuyant sur des constatations cliniques et cytologiques ont réhabilité la pleurésie secondaire en tant qu'accident syphilitique, du moins en ce qui concerne la forme fruste qui s'observe le plus habituellement. Les tentatives d'inoculation au cobaye furent négatives, négatifs aussi les essais d'inoculation par scarification du culot de centrifugation, tentés sur le macaque.

Nous résumons plus loin l'état actuel de la question et nos idées sur ce point.

B. — *Forme bronchitique* : bronchite syphilitique de la période secondaire : catarrhe secondaire de Schnitzler.

Cette forme rare à été décrite pour la première fois par John Schnitzler en 1880. D'après Lancereaux, le catarrhe secondaire serait dû à des taches hyperhémiques analogues aux éruptions cutanées. Il a été retrouvé par Taberlet (3), qui en a donné les principaux caractères cliniques.

Moins fréquents que les accidents pleurétiques, les accidents bronchitiques devaient eux aussi être discutés. A vrai dire, il s'agit souvent d'une simple bronchite concomitante d'accidents cutanéo-mu-

1. Ravaut. Thèse de Paris, 1900.
2. *Annales des Maladies vénériennes*, août 1906.
3. Taberlet. *In Gazette hebdomadaire*, 1867, n° 30.

queux et qui guérit en général avec eux. Le traitement mercuriel, qui améliore les accidents cutanés, semble avoir une influence favorable sur le catarrhe secondaire. Simple coïncidence peut-être, d'autant plus qu'il disparaît quelquefois avant les syphilides ou se prolonge, au contraire, notablement après elles. La preuve de sa spécificité est donc loin d'être faite.

Tout récemment, au Congrès de Lisbonne, Barthélemy est revenu sur cette question.

C. — *Forme ganglionnaire.*

Plus rare et plus discutable encore, l'adénopathie médiastinale secondaire est signalée pour la première fois par Mauriac à propos d'une observation publiée dans ses *Leçons sur la Syphilis secondaire.* Elle fait l'objet d'une thèse de Jean Boyer (1), qui en rapporte trois autres observations dont nous discuterons plus loin l'interprétation.

Depuis il n'est pas paru, à notre connaissance du moins, de nouveaux travaux sur le sujet.

## § 2. — *Anatomie pathologique et bactériologie. Pathogénie*

A. — *Forme pleurale.* — Il n'existe aucune autopsie de ces pleurésies qui guérissent toujours. Les seules données relatives à leur anatomie pathologique résultent des recherches cytologiques.

---

1. Jean Boyer. Th. de Paris, 1897.

Ravaut, le premier, rapporte dans sa thèse l'examen cytologique d'une pleurésie secondaire fruste. Cet examen est si spécial qu'il semble réhabiliter la pleurésie syphilitique secondaire en tant que spécifique de la vérole.

En voici les résultats :

Un premier examen cytologique montre dans l'épanchement la présence de grandes cellules endothéliales soudées et isolées, de rares polynucléaires et de grands mononucléaires éosinophiles.

Un deuxième examen pratiqué deux jours après, donne les résultats suivants :

| | |
|---|---|
| Cellules endothéliales . . . . . | 35 |
| Lymphocytes . . . . . | 22 |
| Grands mononucléaires éosinophiles. . . | 37 |
| — neutrophiles. . . | 6 |

L'examen du sang :

| | |
|---|---|
| Globules rouges : | 3.900.000 |
| — blancs : | 5.500 |
| Polynucléaires neutrophiles. . . . | 62 |
| — éosinophiles. . . . | 5,6 |
| Mononucléaires. . . . . | 25 |
| Lymphocytes . . . . . | 7,4 |

La présence de ces grands mononucléaires neutrophiles et éosinophiles ou myélocytes, ajoute Ravaut, est tout à fait remarquable, c'est le seul épanchement dans lequel nous les ayons constatés. Cette formule est donc un argument en faveur de l'origine spécifique de ces pleurésies apparaissant au cours de la syphilis secondaire.

Depuis cet examen, Œttinger et Malloizel en ont publié d'autres dans leur article « Sur la pleuropathie syphilitique secondaire » paru dans les *Annales des Maladies vénériennes* (1).

## OBSERVATION IX

1° Au début une prédominance nettement marquée des éléments endothéliaux ou gros mononucléaires isolés, quelques lymphocytes et exceptionnellement des polynucléaires.

2° A la fin la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Eléments de type endothélial . . . . | 83,4 o/o |
| Lymphocytes. . . . . | 12,6 o/o |
| Eosinophiles . . . . . | 4 o/o |
| Polynucléaires. . . . . | 0 |

## OBSERVATION X

L'aspect du liquide est assez spécial : jaune clair, épais, opalescent, il laisse un culot consistant et visqueux.

Les examens cytologiques pratiqués avec les méthodes de coloration : hématéine, éosine-orange, fixation et coloration de Dominici, éocyanine méthylique, donnent comme résultats :

### *Examen cytologique du liquide pleural*

*Epanchement gauche.* — 23 novembre 1905. — Prédominance des mononucléaires moyens *avec quelques inclusions*,

---

1. *Annales des Maladies vénériennes*, 1er août 1906.

beaucoup de sang, rares lymphocytes, polynucléaires encore plus rares, quelques éosinophiles.

1er décembre 1905. — Toujours prédominance des mononucléaires moyens, quelques lymphocytes et très rares polynucléaires, moins de sang, peu d'éosinophiles, quelques mononucléaires moyens à petits grains cyanophiles et gros mononucléaires à gros grains cyanophiles.

6 décembre. — On voit encore de nombreux mononucléaires moyens, la plupart avec noyau excentrique et grosses vacuoles, d'autres plus petits, sains, quelques figures de macrophagie et un nombre extrêmement grand de polynucléaires, éosinophiles vrais, quelquefois englobés par les mononucléaires. Mononucléaires à noyau incurvé, cyanophiles à gros grains (futurs éosinophiles), quelques petits mononucléaires cyanophiles.

16 décembre. — Pas de liquide, mais les deux plèvres ne sont pas accolées, car on ramène quelques cellules endothéliales.

*Epanchement droit.* — 23 novembre 1905. — Quelques placards, très nombreux mononucléaires moyens isolés, assez nombreux lymphocytes, pas de polynucléaires, quelques éosinophiles, assez nombreux mononucléaires moyens à petits grains cyanophiles.

1er décembre. — Même formule qu'à gauche, pas de polynucléaires, quelques mononucléaires à petits grains cyanophiles.

6 décembre. — Nombreux globules rouges, mononucléaires moyens toujours prédominants, lymphocytes un peu plus nombreux, très rares polynucléaires et éosinophiles, quelques petits mononucléaires cyanophiles.

Le sang contenait, le 6 décembre, 3,5 o/o d'éosinophiles. Cultures du liquide pleural stériles.

### OBSERVATION XI

Le liquide examiné contient seulement de très nombreux mononucléaires moyens, isolés.

### OBSERVATION XII

Même formule.

Les auteurs concluent de ces examens que la réaction de la plèvre consiste surtout en une abondance remarquable d'éléments lympho-conjonctifs, de macrophages, dérivés des éléments endothéliaux ou des cellules du tissu conjonctif.

Cette réaction n'est pas spécifique, c'est la réaction initiale de toute irritation pleurale. Processus local, essentiel, il semble presque le seul dans la pleuropathie syphilitique secondaire ; on ne voit pas, comme il arrive souvent, entrer en jeu le polynucléaire si fréquent dans les irritations pleurales hétérogènes.

En somme, la pleurésie secondaire se traduit par une irritation légère qui mobilise les éléments lympho-conjonctifs de la séreuse. L'éosinophilie tardive n'est pas caractéristique de la syphilis. Elle n'est d'abord pas constante ; elle a la même valeur que les éosinophilies du décours des divers épanchements, éosinophilies dites de convalescence. Les myé-

locytes ont été aussi retrouvés par les auteurs dans des cas spéciaux sur lesquels nous reviendrons.

D'un autre côté ces pleurésies fugaces semblent se cicatriser totalement, en tous cas sans adhérences.

A la suite d'une de ces pleurésies, Œttinger et Malloizel, ont pu retirer, après une ponction faite au niveau du dixième espace intercostal, quelques cellules endothéliales, ce qui exclut la possibilité d'une symphyse pleurale.

Chez un malade décédé cette année, dans le service du professeur Gaucher, à l'hôpital Saint-Louis, au cours d'une syphilis secondaire contractée à 40 ans, on a trouvé à l'autopsie un dépoli pleural manifeste, bilatéral et une séreuse un peu épaissie. A l'examen microscopique il s'agissait bien d'un tissu de cicatrice, mais le malade était un cardio-rénal, il pouvait par conséquent présenter des cicatrices pleurales d'origine extra-syphilitique.

Au point de vue bactériologique les renseignements sont également peu nombreux : les cultures du liquide pleural sont restées stériles et les inoculations au cobaye négatives. Dans l'observation X du mémoire d'Œttinger et Malloizel, M. Ravaut est signalé comme ayant fait la recherche du spirochète de Schaudin par l'examen direct et par l'inoculation au macaque. Ces expériences et ces observations bien qu'ayant donné des résultats négatifs ne prouvent pas en faveur de la non-spécificité des accidents pleuraux, et il n'est pas nécessaire d'en faire pour cela,

comme certains auteurs le veulent, des accidents parasyphilitiques en pleine période secondaire.

Les pleurésies à symptomatologie clinique intense n'ont donné lieu, croyons-nous, à aucune recherche de laboratoire.

La pathogénie de ces accidents a été très discutée.

Bazin le premier, et après lui Mauriac, s'appuyant sur la coexistence de la lymphangite sous-cutanée et des manifestations douloureuses au niveau des membres dans la période secondaire ont invoqué la prédilection de la syphilis pour le système lymphatique. Widal d'un autre côté a émis l'hypothèse que des éléments éruptifs pouvaient se développer à la surface de la plèvre comme sur la peau, sur les muqueuses et donner ainsi naissance à la pleurésie secondaire.

Lymphangite pleurale, roséole pleurale, telles sont les deux causes mises en avant pour expliquer la production de ces pleurésies.

Œttinger et Malloizel pensent qu'il n'est pas nécessaire d'invoquer ces hypothèses. La pleurésie syphilitique serait pour eux l'analogue des fluxions séreuses existant dans toutes les infections qui, comme la fièvre typhoïde, l'érysipèle, le rhumatisme s'étendent, aussitôt après l'inoculation, à l'organisme tout entier par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Cette troisième hypothèse est justifiée par les analogies cliniques et cytologiques que présentent ces diverses pleuropathies.

Dans les pleurésies intenses accompagnées de souffle et d'égophonie, où il existe certainement une condensation pulmonaire anatomiquement inconnue on est tenté d'admettre une localisation spéciale de l'agent pathogène de la syphilis sur la corticalité.

Tout récemment M. Sergent, dans son traité *Syphilis et Tuberculose*, est venu de nouveau battre en brèche la pleurésie secondaire. Il adopte les idées du professeur Landouzy pour qui cette pleurésie serait de rapport syphilitique mais de nature tuberculeuse. Il retire toute valeur aux examens cytologiques qui, s'ils sont comparables à ceux de certaines manifestations pleurales aiguës — de l'érysipèle, de la fièvre typhoïde par exemple — ne se rencontrent pourtant pas identiques dans la tuberculose. Il prétend que la présence du spirochète est nécessaire pour conclure affirmativement, or MM. Œttinger et Malloizel ne l'ont pas trouvé dans les cultures, ni décelé par l'inoculation ; mais on sait qu'il manque dans des lésions nettement syphilitiques telles que les méningites : la présence de l'agent pathogène n'ayant pas encore été décelée dans le liquide céphalo-rachidien.

B. — *Forme bronchitique.* — Elle a été observée anatomiquement par M. Lancereaux, qui à l'autopsie de syphilitiques secondaires a remarqué plusieurs fois sur les voies respiratoires supérieures — trachée et bronches — des éléments maculeux ou papuleux

énanthématiques qu'il compare et assimile aux exanthèmes cutanés.

Microscopiquement, nous ne croyons pas que la lésion ait été étudiée. Si la structure de ces taches rappelait celle de la roséole, si l'agent spécifique de la syphilis y était décelé, la pathogénie en serait éclaircie ; on sait en effet, depuis les récentes recherches sur la distribution du spirochète, que celui-ci existe dans les taches cutanées.

C. — *Forme ganglionnaire.* — Pas plus que pour la forme pleurale on n'en connaît d'autopsie, non plus que d'examen radiographique. On peut même dire qu'à l'examen *post mortem* des syphilitiques secondaires, il est rare de trouver une hypertrophie des ganglions bronchiques, contrairement à ce qui se voit pour les ganglions sous-cutanés. Néanmoins il n'est pas invraisemblable d'admettre qu'elle puisse parfois se rencontrer et qu'elle résulte alors soit d'une irritation due à la présence de l'agent pathogène dans les ganglions, soit d'une lésion du territoire de ces ganglions. Cette lésion pouvant dans certains cas n'être pas spécifique. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

## § 3. — *Étude clinique.*

A. — *Forme pleurale.* — Il en existe deux variétés suivant que les symptômes généraux sont frustes ou cliniquement manifestes.

Dans la forme latente, la pleurésie est si peu douloureuse que le malade ne se plaint d'aucun point de côté. Elle passerait certainement inaperçue aux yeux du médecin s'il n'examinait pas systématiquement et soigneusement tous les appareils. La température est peu élevée — normale ou ne dépassant pas 38 degrés — il n'y a pas de dyspnée ; la toux rare peut même manquer complètement.

Dans les formes aiguës, le tableau est plus dramatique. La douleur pongitive apparaît brusquement, très vive elle est quelquefois déchirante ; elle provoque souvent une dyspnée assez marquée. La température s'élève à 39 degrés et peut même atteindre 40 degrés. L'état général est fréquemment mauvais. Le malade souvent pâle et amaigri, en dehors de la céphalée qui peut être intense se plaint de courbature générale. La toux est ordinairement notée, elle est parfois très tenace. D'autres symptômes fonctionnels peuvent accompagner la pleurésie, ils tiennent à la coexistence de divers accidents tels que l'ictère, les arthropathies, l'iritis, la diarrhée.

*Dans tous les cas* la pleurésie est accompagnée des différentes manifestations de la syphilis secondaire telles que : éruptions cutanées, plaques muqueuses. Toute pleurésie survenant en dehors des accidents cutanéo-muqueux, surtout tardivement — tel le cas de Prétorius où la pleurésie se développa un an et demi après le chancre — doit être tenue comme suspecte de contenir le bacille de Koch.

Au point de vue des symptômes physiques, dans plus de la moitié des cas, l'atteinte pleurale est bilatérale ; c'est là un fait qu'on observe rarement dans la tuberculose.

Dans les formes frustes — fréquentes, si on en croit Œttinger et Malloizel — tout se borne à de la submatité des bases, presque exclusivement postérieure et à de la diminution du murmure vésiculaire.

La ponction exploratrice est nécessaire pour prouver la réalité de la pleurésie tant les signes en sont peu marqués ; elle est ordinairement positive si on veut bien considérer comme preuve de l'existence de l'épanchement, l'aspiration d'un centimètre cube de liquide.

Dans ces pleurésies, les signes pulmonaires n'existent pas ; il n'y a ni souffle, ni égophonie, ni même bronchite concomitante, assez souvent notée dans les formes sévères.

Certains auteurs ont également rangé parmi les pleurésies syphilitiques frustes, les pleurésies sèches où s'entendent des frottements soit à la base, soit à la partie moyenne du poumon ; ces frottements peuvent persister longtemps. L'évolution de ces pleurésies est habituellement lente.

Pour ces pleurésies, desquelles ressortissent certaines observations empruntées à la thèse de Carra (observation II due à Carra ; observation VII due à Chantemesse dans laquelle la malade est d'ailleurs signalée comme ayant eu une légère hémoptysie ; observation X due aussi à Chantemesse), on est en

droit de suspecter très fortement la tuberculose. Il serait intéressant d'examiner, au point de vue cytologique, le liquide pleural, en si petite quantité soit-il.

Dans les pleurésies graves, les signes physiques sont beaucoup plus accentués bien que l'épanchement soit toujours peu abondant. La matité est très nette, quoique, presque dans tous les cas, uniquement postérieure. Le murmure vésiculaire et les vibrations thoraciques sont très sensiblement diminués ou même abolis. Les frottements pleuraux existent chez la plupart des malades, au moins à certains moments ; enfin on trouve passagèrement du souffle pleurétique et de l'égophonie.

Leur évolution est rapide ou lente ; elles semblent dans certains cas subir l'influence du traitement ; néanmoins en l'absence de données cytologiques et d'inoculations il est très difficile d'affirmer leur nature syphilitique.

Sur les vingt-quatre observations rapportées dans la thèse de Carra, la moitié au moins paraît suspecte, et ce sont surtout les cas graves, unilatéraux, qui reproduisent le tableau de la pleuro-tuberculose :

L'observation II laisse place au doute ; l'observation V, due à Chantemesse, également ; l'observation VII est certainement une pleuro-tuberculose ; celle de Talamon — la huitième, qui indique après guérison la permanence d'une zone de submatité à la base et de frottements pleuraux — peut-être aussi ; celle de Prétorius (n° III) est nettement une tuber-

culose ; sur les trois observations de Brousse les deux premières sont loin d'entraîner la certitude ; il en est de même des trois de Montserret, surtout la dernière qui signale la coexistence d'une congestion du sommet.

En résumé, et en dehors de tout parti pris, seules restent attribuables presque à coup sûr à la syphilis les observations de pleurésie fruste, double, sans douleur avec symptômes fonctionnels peu marqués. Parmi les pleurésies à grand fracas, bien que certaines soient également doubles, très nettement contemporaines d'autres manifestations secondaires, améliorées par le traitement, on ne peut se défendre de cette idée que beaucoup d'entre elles doivent être attribuées à la tuberculose ; seule, il est vrai, l'inoculation, et encore à la condition qu'elle soit positive, permettrait d'arriver à une certitude scientifique ; négative au contraire, comme cela s'est rencontré récemment, elle ne nous donnerait pas le droit de conclure, de ce seul fait, à leur origine syphilitique.

Nous rapportons plus bas une observation — prise dans le service du Professeur Gaucher — de pleurésie secondaire, postérieure au travail d'Œttinger et Malloizel.

## OBSERVATION

Mlle Marguerite P... entre dans le service pour des syphilides papuleuses généralisées, groupées, existant depuis

quatre mois. L'éruption est symétrique, presque confluente par places. Il n'y a aucun accident muqueux. On constate dès l'entrée une double submatité des bases avec diminution du murmure vésiculaire. Aucun signe fonctionnel. Température oscillant entre 37 degrés et 37°8. Ponction exploratrice positive : 1 centilitre de liquide jaune clair : Macrophages isolés très nombreux et à l'état de pureté.

Au bout de dix jours les signes physiques s'atténuent, mais la malade se plaint alors d'une douleur assez vive dans le côté gauche, exagérée par la respiration. Cette douleur, localisée aux dernières fausses côtes, ne dépend d'aucune lésion nouvelle, elle cède d'ailleurs rapidement et la malade guérit de sa pleurésie avant la disparition de ses syphilides.

Revue dans la suite, huit mois plus tard : aucun signe physique ni fonctionnel n'est appréciable.

Cette pleurésie nous paraît être le type de celles qui doivent, jusqu'à plus ample informé, être attribuées à la syphilis.

B. — *Forme bronchitique.* — Cette forme est relativement rare, du moins à l'état pur. D'après Carra, on observerait souvent au cours des pleurésies sérieuses une bronchite plus ou moins accusée, due à la lésion décrite par Lancereaux, c'est-à-dire à une éruption énanthématique de la trachée et de la muqueuse bronchique. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet, les pleurésies sévères, celles qui s'accompagnent de bronchite pouvant être suspectées de tuberculose. Nous n'insisterons pas non plus sur les laryngo-tra-

chéites qui, à la fin de la période secondaire, sont quelquefois des sténoses trachéales syphilitiques au début. Ces laryngo-trachéites appartiennent plutôt à la période tertiaire.

Restent les cas où la bronchite est isolée, accompagnant les éruptions cutanées, celles qui ont été signalées par John Schnitzler en 1880 et, depuis, par Taberlet en 1889. Il s'agit de bronchites diffuses, souvent fébriles, caractérisées au point de vue de l'auscultation par l'intensité des râles dans le tiers supérieur des deux poumons et par leur diminution graduelle vers les bases.

Déjà cette prédilection pour les sommets doit faire tenir cette bronchite pour très suspecte. On sait qu'il existe, en effet, au début de la tuberculose commune, quelquefois longtemps avant les accidents pathognomoniques, des épisodes aigus où le catarrhe bronchique a une place prépondérante. De plus ces épisodes peuvent être isolés et la tuberculose ne se montrer jamais d'une manière nette, ou bien ne se manifester que très tardivement. Ces bronchites affectionnent les sommets.

C'est pourquoi, avant de rattacher à la syphilis une bronchite concomitante d'accidents secondaires — indépendamment bien entendu des rhumes et des accidents grippaux qui peuvent se surajouter — il faut suivre quelque temps les malades pour voir si une tuberculose ne se révélera pas.

Voici une observation où la bronchite, qui pouvait, *a priori*, être attribuée à la syphilis, est due très pro-

bablement à une tuberculose atténuée ainsi que semble le prouver la suite des événements.

## OBSERVATION

Mlle Berthe B..., 29 ans, couturière, entre le 17 décembre 1906 dans le service du professeur Gaucher.

Au mois de septembre elle a souffert de la gorge et remarqué, en outre, des ganglions dans l'aine gauche corrélatifs à une érosion anale. Depuis quinze jours elle se plaint de violents maux de tête et présente une éruption cutanée intense.

Actuellement on constate la présence d'une éruption de syphilides papuleuses et papulo-squameuses généralisée et d'adénopathies diffuses. Les amygdales sont énormes, rouges, couvertes de plaques muqueuses. Il n'y a rien à la vulve. L'état général est mauvais, la malade est pâle, amaigrie, très déprimée. De plus, depuis huit jours elle tousse beaucoup, surtout la nuit et le matin ; les règles ne sont pas venues à leur époque habituelle. La température, normale le matin, oscille le soir entre 37°6 et 38 degrés.

On soupçonne une tuberculose, mais la percussion ni l'auscultation n'en montrent aucun signe net. Les râles de bronchite prédominent seulement aux sommets.

La malade est suivie avec grand soin, au point de vue pulmonaire, jusqu'au 18 janvier 1907, époque à laquelle la bronchite disparaît. Les sommets sont normaux ; peut-être y a-t-il cependant un peu de submatité sous la clavicule droite.

Mlle B... sort du service.

Le 30 janvier 1907 elle revient consulter pour un ganglion

situé sous le maxillaire gauche qui, au début, de la grosseur d'une noisette et augmentant progressivement de volume depuis quelques jours, atteint actuellement la grosseur d'un œuf de poule. Il n'y a rien dans la gorge.

Le 7 février, la malade entre dans le service.

L'adénopathie sous-maxillaire gauche est dure, douloureuse et s'étend en avant en déviant la trachée. On rattache ces accidents à une molaire cariée, située à gauche et en bas vis-à-vis du ganglion. Une incision faite à ce niveau évacue du sang et très peu de pus.

Le 21 février, amélioration sensible. La fistule donne peu. On reprend le traitement mercuriel.

Le 8 mars, la malade est assez bien mais les ganglions et la fistule prennent l'aspect de lésions nettement bacillaires.

Le 18 mars, apparition de quelques petits ganglions sous-mentaux ; état local stationnaire. On institue le traitement arsenical (sulfure d'arsenic colloïdal titré à 2 o/oo, VIII gouttes par jour).

25 mars. — Très améliorée ; une petite fistule persiste.

9 avril. — La malade ne tousse pas et ne présente aucun signe pulmonaire. La masse ganglionnaire a beaucoup diminué. Les règles, absentes depuis quatre mois, sont revenues. La petite fistule n'est pas fermée.

Ajoutons que Berthe B... n'accuse aucun antécédent net de tuberculose. Elle a cependant une sœur de santé fragile, dont les deux enfants sont morts de méningite tuberculeuse.

La question de la nature de cette bronchite est délicate, mais, étant donnée l'apparition d'écrouelles secondaires, il est impossible de ne pas suspecter la

tuberculose ; on ne doit certainement pas, en tous cas, incriminer, *a priori*, la syphilis seule.

Nous n'avons pu, à notre grand regret, nous procurer les travaux de Barthélemy sur le sujet, le compte rendu du Congrès de Lisbonne n'étant pas encore paru.

C. — *Forme ganglionnaire.* — Pour la mieux décrire et la mieux discuter, nous citerons, *in-extenso*, les quatre observations d'adénopathie médiastinale qui ont été publiées jusqu'à ce jour.

Elles sont extraites de la thèse de Boyer (1).

## OBSERVATION I

M. B..., étudiant en médecine, s'aperçoit le 20 mars de l'existence d'une écorchure siégeant sur le frein de la verge ; cette écorchure saigne. Au moment où nous la voyons, elle affecte une forme circulaire , sa coloration est rouge, un peu livide, elle repose sur une base nettement indurée et n'est pas douloureuse à la palpation.

Avec cette écorchure, existe une tuméfaction dans les ganglions inguinaux. L'écorchure de la verge persiste quelques jours et disparaît le 1er avril ; à aucun moment, il n'a existé de vésicule d'herpès.

Malgré la présence de cette érosion le malade continue à pratiquer le coït ; les ganglions inguinaux augmentent considérablement de volume (22 avril), un, en particulier, devient

1. Boyer. Thèse de Paris, 1897.

énorme, douloureux ; mais ces phénomènes réactionnels disparaissent en une semaine par le repos, aidé d'application de teinture d'iode. La tuméfaction diminue rapidement, sans disparaître complètement ; le 26 juin, le ganglion reste appréciable au toucher ; il est indolent, dur et offre à peu près le volume d'un haricot.

Du 12 au 22 avril, aucun accident ne se produit ; le malade a repris la vie habituelle ; vers le 22 avril, M. B... se sent très fatigué, commence à avoir de la fièvre. En même temps, bien que l'appétit ait persisté, le malade maigrit ; cet amaigrissement ne tarde pas à prendre des proportions inquiétantes ; il s'accompagne d'une sensation de fatigue, de courbature, de brisement des membres et de mal de tête.

Le 6 mai, la toux apparaît et devient très intense et très fatigante. L'examen de M. B... donne a ce moment les résultats suivants :

Teint très pâle, aspect fatigué et abattu, sueurs abondantes, douleurs dans les membres, peau chaude, fièvre revenant tous les jours vers la fin de l'après-midi et suivie de sueurs qui durent toute la nuit ; toux pénible, quinteuse et fatigante.

On ne constate sur la peau du tronc et des membres aucune éruption ; mais la face palmaire des mains, en particulier la main droite, présente quelques papules de très petite dimension (3 à 4 millimètres), de forme circulaire, de couleur rougeâtre livide, avec légère desquamation et aspect fendillé.

La gorge est uniformément rouge ; l'amygdale gauche offre une large érosion sans caractères nets ; les piliers antérieurs sont rouge foncé. Le fond du pharynx est également

rouge. Quelques ganglions sous-maxillaires et sterno-cléido-mastoïdiens sont appréciables au toucher et non douloureux. Rien à la langue, rien aux lèvres. Un ganglion sous-occipital nettement appréciable à gauche.

Ce qui préoccupe le plus M. B... c'est sa toux qui est incessante, surtout nocturne, en raison des vomissements qui la suivent et surtout des phénomènes généraux concomitants, le malade craint d'être atteint de tuberculose.

La percussion des régions sous-claviculaires est absolument négative ; mais il existe de la submatité derrière la première pièce du sternum. En arrière, les fosses sous-épineuses et, en général, toute la partie postérieure des régions pleuro-pulmonaires présentent une sonorité normale, seule la partie supérieure de l'espace interscapulaire est mate. A ce niveau les vibrations vocales sont augmentées.

A l'auscultation, on constate une diminution assez marquée du murmure vésiculaire égale partout. Dans les deux fosses sus-épineuses et au niveau de la racine des poumons, on entend un souffle bronchique expiratoire. On constate également du retentissement de la toux et de la voix ; mais on entend en aucun point ni craquements ni râles.

M. B... s'est soumis au traitement ; il y a eu amélioration manifeste, mais les accidents n'ont pas encore complètement disparu.

## OBSERVATION II

Mme L..., âgée de 29 ans, est atteinte depuis plusieurs jours d'une toux quinteuse avec amaigrissement, sueurs nocturnes, dépression de l'état général.

Au moment où la malade a été examinée, la physionomie est fatiguée, la malade tousse constamment, la toux est sèche.

Il y a de la gêne respiratoire, de la brûlure rétro-sternale, des douleurs thoraciques vagues et une sensation de brisement des membres. Le tout date de huit jours environ.

L'examen de la poitrine donne les résultats suivants : en avant, sous les deux clavicules, la sonorité est normale à la percussion, il en est de même pour les deux fosses sus-épineuses et dans le reste de la poitrine ; sauf dans l'espace inter-scapulaire dont la moitié supérieure est manifestement mate.

A l'auscultation, on constate en arrière de l'affaiblissement respiratoire et de l'expiration prolongée presque soufflante, des deux côtés, mais surtout à gauche. Pas de retentissement de la toux, pas de craquements.

L'expectoration, presque nulle, se compose de crachats blancs sans caractères particuliers.

Interrogée au point de vue des fonctions génitales, M^me^ L... accuse des pertes blanches datant de quelques jours, l'examen local fait voir des plaques muqueuses typiques disséminées sur les grandes lèvres ; mais l'examen de la gorge est négatif et nous ne constatons aucune tache de roséole sur la peau.

Nous soumettons donc la malade au traitement par les pilules de Ricord, associées à une médication tonique générale, bonne alimentation, aération. Les manifestations thoraciques s'améliorent très rapidement.

Nous avons été assez heureux pour voir M^me^ L... trois ans après les accidents, nous avons pu nous convaincre qu'elle

n'offre aucune trace de tuberculose, elle jouit actuellement (6 mars 1897) d'une excellente santé.

## OBSERVATION III

M. P..., 34 ans, garçon boucher, se présente à la consultation de l'hôpital du Midi, le 25 mai 1885.

Cet homme, d'apparence robuste, est atteint d'une syphilide papulo-érosive, datant de quinze jours. Chancre en février, qui a laissé des traces très manifestes. Le chancre était très étendu (une pièce de 1 franc environ). Ganglions durs et indolents dans les deux aines, un très volumineux dans le pli inguinal gauche.

Le malade tousse beaucoup, il a de la fièvre, des sueurs et des vomissements après la toux, qui est quinteuse, sèche, fatigante et surtout nocturne.

Rien à l'auscultation. Souffle bronchique interscapulaire, plus marquée à gauche. Matité interscapulaire.

*Traitement.* — Pilules de proto-iodure opiacées. chlorate de potasse.

Revue le 10 juin, très amélioré.

La syphilide a pâli, mais persiste encore. La toux a complètement disparu.

## OBSERVATION IV

(Extraite des leçons de Mauriac sur la syphilis secondaire).

Un jeune syphilitique, très bien portant jusque-là, tomba dans le huitième mois de sa maladie dans un état grave d'a-

némie et de cachexie caractérisée par de l'amaigrissement et de la pâleur, une grande faiblesse et une fièvre vespérale quotidienne. On crut tout d'abord à une influence paludéenne, bien qu'aucune circonstance de milieu et d'empoisonnement antérieur n'en démontrât la réalité. Le sulfate de quinine fut administré inutilement, bientôt survint une toux presque quinteuse, sèche, sans aucune expectoration. Elle prit des proportions alarmantes. On craignit l'invasion d'une tuberculose quoiqu'il n'y eût aucun antécédent héréditaire dans la famille. L'auscultation et la percussion ne faisaient cependant découvrir aucune altération du poumon, des plèvres, ni des bronches. L'état cachectique empira. Les médecins qui soignaient le malade n'y comprenaient rien.

Enfin ils apprirent que je l'avais traité pour une syphilis datant de huit mois. Tout de suite l'idée leur vint que cette maladie pouvait bien être la cause de l'anémie, de la cachexie, de la toux spasmodique et ils instituèrent, bien qu'il n'y eût aucune détermination spécifique apparente, un traitement mercuriel et ioduré. L'efficacité en fut étonnante, presque du jour au lendemain, et la guérison de cette grave affection qui durait depuis deux mois et avait résisté à toutes les médications fut complète au bout de deux ou trois semaines. N'est-il pas naturel d'admettre qu'il s'était produit une adénopathie bronchique et médiastine qui, par la compression des nerfs ou l'irritation des tuyaux bronchiques, donnait lieu à cette toux réflexe dont on ne trouvait la cause dans aucune affection matérielle des bronches, des plèvres et des voies aériennes.

La conclusion à tirer de ce fait et d'autres analogues, ajoute M. Mauriac, « c'est qu'il faut toujours songer à la

syphilis toutes les fois qu'il survient du côté de l'appareil respiratoire des troubles insolites, étranges, ne rentrant pas dans le courant pathologique ordinaire des broncho-pleuro-pulmonaires qui lui sont propres ». Il est donc « toujours indiqué de tenter la médication spécifique et surtout l'iodure qu'on administre, du reste aujourd'hui, dans beaucoup d'affections de l'appareil respiratoire étrangères à la syphilis. »

Il nous semble d'abord résulter de ces observations, quelle que soit la cause de l'affection pulmonaire, que les signes d'adénopathie trachéo-bronchique sont très peu accusés. Par conséquent il est difficile d'admettre, à coup sûr, son existence en dehors de toute vérification anatomique ou radiographique.

Les phénomènes généraux : fièvre, sueurs, n'ont aucun caractère spécifique. La toux quinteuse, surtout nocturne, peut être aussi bien due à une irritation de la muqueuse trachéale.

Considérons maintenant les signes physiques : D'après l'observation I, il y a de la submatité antérieure et au niveau des hiles pulmonaires ; or on sait combien est difficile la percussion à ce niveau. A l'auscultation on trouve un souffle bronchique dans les deux fosses sus-épineuses et au niveau de la racine des poumons, sans qu'il y ait de différence à droite ou à gauche. La voix et la toux y sont retentissantes ; il n'y a point de râles. L'adénopathie n'est pas nécessaire, d'une part, pour expliquer le souffle, qu'une légère altération laryngée

(plaques muqueuses, par exemple) suffit à produire ; d'autre part, elle ne peut être la cause d'une condensation parenchymateuse au niveau des fosses sus-épineuses.

Dans l'observation II les signes sont encore plus légers ; cependant l'expiration soufflante est plus marquée à gauche et ce fait est en faveur d'une compression bronchique. Mais le brusque début de l'affection, semble par contre devoir exclure comme cause l'adénopathie trachéo-bronchique. Quant aux douleurs rétro-sternales accusées par la malade elle se rapportent bien plutôt à de la trachéite.

Sur l'observation III, on peut faire les mêmes remarques. Les signes pulmonaires sont d'ailleurs insuffisamment décrits, surtout au point de vue de leur évolution.

Enfin, dans l'observation IV, il n'y a aucun signe physique, et seule la toux quinteuse fait penser à l'adénopathie.

En résumé, l'existence de l'adénopathie secondaire ne nous paraît pas très nettement prouvée.

Mais admettons-la. Une seconde question se pose : Est-ce à la syphilis qu'il faut attribuer l'adénopathie médiastinale ?

Nous avons vu en étudiant la bronchite que c'est l'évolution qui juge le diagnostic étiologique : Or dans les observations I et III l'évolution ultérieure de la maladie n'est pas signalée ; le traitement semble atténuer les symptômes, mais il ne les fait pas disparaître complètement.

Dans la deuxième, au traitement antisyphilitique on ajoute la bonne alimentation, l'aération : traitement rationnel de toutes les cachexies déprimantes. Le fait que trois ans après la malade est en bonne santé ne vaut pas contre l'origine tuberculeuse.

Dans la dernière, enfin, la guérison en trois semaines d'une affection qui dure depuis deux mois est assez en faveur de la syphilis.

Nous reconnaissons, d'ailleurs, qu'*a priori*, rien ne s'oppose à l'existence d'adénopathies trachéo-bronchiques syphilitiques puisqu'il en existe ailleurs et que rien également n'empêche la syphilis de réveiller des lésions tuberculeuses médiastinales qui, on le sait, sont si fréquentes et si souvent latentes.

Dans des cas analogues, en l'absence des données précises que peuvent nous fournir, du moins pour certains d'entre eux, l'examen des crachats ou la radiographie, on doit songer à la vérole comme cause possible : en conséquence essayer le traitement antisyphilitique qui améliore le terrain sinon la lésion ; en même temps ne ménager aucune des conditions hygiéniques qui jusqu'ici forment la partie essentielle du traitement de la tuberculose.

# Deuxième Partie

## Accidents tuberculeux pleuro-pulmonaires au cours de la Syphilis secondaire

---

### § 1. — *Historique et idées pathogéniques*

La syphilis secondaire *paraît* dans certains cas, tantôt hâter l'évolution d'une tuberculose préexistante, tantôt donner libre cours au développement d'une phtisie qui se révèle peu de temps après la syphilisation.

Telles sont les deux propositions qui depuis longtemps ont été formulées sur les rapports de la tuberculose avec les premières manifestations de la vérole. Pour les justifier, les auteurs ont recours à des faits ; pour les expliquer à des hypothèses pathogéniques.

Nous citerons les opinions les plus accréditées à l'heure actuelle. Elles sont en partie résumées dans trois thèses : celle de Stieffel (1) extrêmement documentée et qui donne tous les renseignements bibliographiques désirables recueillis jusqu'en 1885. Celle

---

1. Stieffel. Thèse de Nancy, 1885.

d'Alibert (1), *Considérations sur la Pathogénie et le traitement de la Tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques*. Parue en 1900, elle contient quelques observations nouvelles. Enfin celle de Jacquinet (2) qui apporte dans la question l'expérience et les idées du professeur Landouzy ainsi que plusieurs faits cliniques intéressants.

Les auteurs insistent généralement sur les deux propositions citées plus haut et il les précisent ainsi :

1° La tuberculose des syphilitiques secondaires est très souvent grave, à évolution rapide ;

2° Il y a une relation évidente entre le développement de la tuberculose et la syphilis.

Déjà Ricord, l'inventeur du scrofulate de vérole, citait des faits à l'appui. « La vérole, disait-il, est un branle-bas dans l'économie, susceptible d'évoquer les vices organiques, d'éveiller toutes les diathèses en puissance », et cette idée est très juste, puisque, avant de connaître l'agent pathogène de la tuberculose, l'éminent syphiligraphe prévoyait la latence de l'infection tuberculeuse et son réveil possible sous l'influence du branle donné par la syphilis.

En 1837, Cullerier, lui aussi, à propos d'un rapport présenté par Honoré à l'Académie de Médecine constate que la syphilis active fréquemment la marche des tubercules pulmonaires.

Mauriac (3), en 1888, dans un article de la *Gazette*

---

1. Alibert. Thèse de Paris, 1900.
2. Jacquinet. Thèse de Paris, 1895.
3. *Gazette des Hôpitaux*, 1888, p. 415.

*des Hôpitaux*, affirme également que la vérole hâte l'apparition de la tuberculose en débilitant l'organisme tout entier et en diminuant la résistance que jusque-là il a opposée aux attaques du bacille tuberculeux ; « et, ajoute-t-il, son action nuisible en pareil cas n'a rien de particulier ».

Vers la même époque Lancereaux, au contraire, dans son *Traité anatomo-pathologique de la Syphilis* nous fait savoir qu'il a seulement observé trois cas où la syphilis lui parut jouer le rôle de cause provocatrice dans le développement des tubercules pulmonaires. La syphilis, d'après lui, agirait par la débilitation de l'organisme qu'elle provoque.

« Pour ma part, écrit M. le professeur Fournier (1), j'ai déjà vu nombre de jeunes sujets, chez qui la syphilis avait exercé puissamment son influence dépressive, devenir tuberculeux dans les premiers mois ou les premières années de l'infection. J'ajoute même que, développée dans ces conditions, la phtisie suit quelquefois une évolution hâtive, fait des progrès rapides et tue à bref délai... aussi n'hésiterai-je pas à inscrire la syphilis au chapitre étiologique de la tuberculisation pulmonaire. »

Pour M. le professeur Landouzy les chances de tuberculisation sont variables suivant qu'il existe ou non une prédisposition héréditaire ou acquise. Au point de vue de la gravité de l'association tuberculo-

---

1. *Traité de la Syphilis*, t. II

syphilitique, il est très affirmatif ; en 1900, au Congrès de la Tuberculose il s'exprime ainsi : « Mauvaise, très mauvaise association morbide que celle de la tuberculose et de la syphilis marchant de pair ! Dans cette association la syphilis trouve le sujet sans résistance et, d'autre part, n'offrant aucune prise à la thérapeutique spécifique... Le tuberculeux pulmonaire doublé d'un syphilitique devient, comme je l'ai vu trop souvent, un phtisique rapide. La pire association morbide que je connaisse est l'union de la tuberculose pulmonaire avec une syphilis commençante. » Et, ajoute Jacquinet, dans sa thèse : « La gravité de la tuberculose pulmonaire au cours de la syphilis permet de paraphraser le vieil adage de Niemeyer : « Le plus grand danger pour un syphilitique est de devenir tuberculeux. »

Sergent est revenu à deux reprises sur cette question : dans un article des *Archives générales de Médecine* (1), et plus récemment dans son livre : *Syphilis et Tuberculose*.

Il divise les tuberculoses des syphilitiques en *directes*, par contagion au niveau des ulcérations cutanéo-muqueuses, et en *indirectes*, par déchéance de l'organisme.

D'après lui, le syphilitique serait un sujet d'élection pour la tuberculose, surtout l'hérédo-syphilitique.

---

1. *Archives générales de Médecine*, 81e année, t. II.

En ce qui concerne la tuberculose des syphilitiques secondaires elle apparaît, dit-il, avec évidence, comme la conséquence de l'action dépressive, débilitante et anémiante exercée par la syphilis sur un organisme quelquefois déjà affaibli par des tares pathologiques antérieures. « Ici, le sujet est placé en état de réceptivité morbide du fait de sa moindre résistance; il est une proie facile pour la contagion de la tuberculose. » C'est pourquoi il faut éloigner ces malades des syphilitiques.

Dans son traité : *Syphilis et Tuberculose*, après avoir tout d'abord éclairci la question en la divisant, il entre dans plus de détails.

Etudiant, en premier lieu, la syphilis qui survient chez les tuberculeux avérés et s'appuyant sur des observations publiées par M. le professeur Fournier dans son *Traité de la syphilis* (1), il montre d'abord qu'elle n'est pas forcément sévère.

Quant à l'évolution de la tuberculose elle dépend :

1° De l'état du terrain tuberculeux ;

2° De la qualité de l'infection syphilitique surajoutée.

L'influence aggravante de la syphilis sur la tuberculose est souvent manifeste, mais, dans certains cas, cette influence pourrait devenir favorable : Tout dépend de l'état du tuberculeux.

La tuberculose suit une évolution rapide lorsque la syphilis succède à une infection bacillaire récente.

---

1. Fournier. *Traité de la Syphilis*, t. II, p. 382.

Sergent en donne une observation personnelle avec issue fatale à la fin du troisième mois.

Le pronostic est différent s'il s'agit d'une tuberculose torpide et d'un malade résistant. Sans doute ce dernier subit une recrudescence des symptômes lors du *choc* causé par l'infection secondaire, mais ce n'est là qu'un mauvais pas à franchir ; plus tard le malade n'en offrirait que plus de résistance aux assauts du bacille de Koch.

A l'appui de sa thèse, Sergent cite plusieurs observations — quatre — de malades qui, ayant présenté autrefois des hémoptysies, suivies d'un arrêt dans l'évolution de leur tuberculose, l'ont vu se réveiller par le fait d'une syphilis secondaire puis s'améliorer et finalement guérir. Ces guérisons sont d'ailleurs toutes relatives puisque, à la suite de fatigues, l'un des malades est signalé comme ayant fait, ultérieurement, une nouvelle poussée de tubercules dont l'issue lui a été fatale.

Les qualités de l'infection syphilitique surajoutée ont également, d'après Sergent, une grande importance : La syphilis est aussi dangereuse par la ténacité de l'infection que par l'intensité des accidents.

Néanmoins, et il insiste sur ce fait, à savoir que la période secondaire étant la zone dangereuse, le malade, s'il la traverse heureusement, entre aussitôt après dans une zone de protection. (1)

---

1. Sergent. *Syphilis et tuberculose*, p. 247 et suiv.

Sergent étudie ensuite la tuberculose survenant au cours de la syphilis secondaire.

C'est, ou une une greffe locale, sous l'influence d'une trachéo-bronchite — greffe qui n'a guère lieu qu'à la période tertiaire — ou une greffe indirecte imputable à l'atteinte portée à la résistance de l'organisme.

Les malades peuvent être divisés en deux catégories suivant qu'ils se tuberculisent dans les premiers mois de l'infection ou plus tard.

Les premiers, attaqués au moment du choc qui augmente leurs chances d'infection, meurent souvent vite : leur phtisie est galopante.

Les autres, touchés plus tardivement, sont atteints soit parce qu'ils se traitent moins rigoureusement, soit à la suite de surmenage, de fatigue, d'excès. Leur tuberculose est ordinairement plus lente, elle peut durer des années.

Dans la première catégorie, Sergent range trois observations de malades, jeunes, anémiés et déprimés, porteurs d'éruptions très confluentes dont la phtisie a été rapide ; il rappelle aussi les cas de Jacquinet, de Stieffel et celui de Rénon communiqué par Dalché et publié dans ses *Conférences sur les Maladies du Cœur et des Poumons* (1) ; tous ces malades sont morts de granulie, deux ou trois mois après le choc.

A côté de ces malades gravement atteints, Sergent

---

1. Masson, 1906.

en a observé deux autres chez qui les lésions ont semblé s'arrêter.

Dans la seconde catégorie, on aurait surtout affaire à de jeunes sujets prédisposés à la tuberculose par leurs antécédents héréditaires, qui conservent une bonne santé apparente pendant deux ou trois ans puis se tuberculisent parce qu'ils sont mal soignés et surmenés.

La tuberculose ne serait pas toujours maligne ; il ne serait pas exceptionnel de la voir s'arrêter dans son évolution et guérir.

Cette *tuberculisation de déclin* paraît due à une prolongation de la période secondaire : plaques muqueuses à répétition, par exemple. On ne trouve pas encore chez ces malades d'orientation de la tuberculose vers la sclérose.

Si nous résumons ces différentes données et si nous essayons de les interpréter, nous voyons que les auteurs sont d'accord pour affirmer la gravité de l'évolution d'une tuberculose réveillée par la syphilis secondaire.

Il y aurait cependant des exceptions et même, selon Sergent, au bout d'un certain temps, la syphilisation pourrait devenir salutaire.

Les causes du réveil de la tuberculose seraient :

1° Le choc ;

2° La débilitation de l'organisme ;

3° L'action directe et la virulence du nouvel agent pathogène.

Quant à l'éclosion des accidents après la syphilis

elle serait imputable aux mêmes causes et de plus à une contagion tuberculeuse récente, due à l'infériorité de l'organisme dans la lutte et aux prédispositions du malade.

Précoce, la tuberculose des syphiliques secondaires serait, le plus souvent, grave et rapide ; tardive — et alors d'autres causes : surmenage, alcoolisme, insuffisance de traitement aideraient à sa production — elle serait plus lente et dépendrait de la résistance du malade.

Sans vouloir discuter, par le menu, ces opinions, nous nous permettrons de constater qu'elles présentent encore bien des points obscurs.

Comment admettre en effet que la syphilis ait une influence favorable sur le maintien de la guérison tuberculeuse, une fois la zone dangereuse traversée, quand, au contraire, chez d'autres malades bien plus nombreux, c'est à la fin de la période secondaire que se développe la tuberculose ?

Comment se fait-il d'autre part que certains syphilitiques secondaires se contagionnent dès les premiers mois de l'infection, presque en même temps qu'apparaît la roséole ? Ont-ils tous été, à ce moment, forcément en contact avec des produits tuberculeux ?

N'y aurait-il pas plus qu'une analogie entre les malades syphilisés qui réveillent leur tuberculose et ceux qui paraissent devenir tuberculeux une fois la syphilis déclarée ?

Voici comment nous tenterons d'expliquer ces

obscurités, donnant pour ce qu'elle vaut notre modeste opinion.

La syphilis agit sur l'individu, d'abord à la façon d'un traumatisme, puis d'une infection généralisée occupant le sang et le système lymphatique, par conséquent toute l'économie. Elle frappe d'autant plus le sujet qu'il est plus déchu, plus taré ; elle réveille ses diathèses comme disait Ricord, nous pourrions dire aujourd'hui ses infections latentes, déjà manifestes ou qui se sont manifestées autrefois et dont les lésions sont mal cicatrisées. En cela elle est comparable aux autres infections telles que la pneumonie, la fièvre typhoïde, la rougeole, la coqueluche, etc., aux intoxications chroniques par l'alcool et le plomb aux incidents physiologiques susceptibles de débiliter l'individu, comme la grossesse ou l'allaitement, enfin aux exigences vitales et à la misère physiologique.

Aux mêmes titres que ces diverses causes la vérole est susceptible de raviver le foyer tuberculeux qui couve en un point de l'organisme, de hâter son développement et sa généralisation. Elle n'est ni plus grave, ni plus bénigne que les incidents pathologiques ou physiologiques que nous venons de signaler ; elle n'est pas plus souvent en jeu et n'agit pas autrement.

D'autre part, il n'est pas nécessaire d'admettre la contagion pour expliquer le développement des tubercules à la période secondaire, au moins au cours des premiers mois.

Les malades peuvent porter en eux le germe tuberculeux, qui va croître et se disséminer; il y a tant de gens qui ont des tubercules sans le savoir et sans en souffrir ! Que la tuberculose se développe maintenant dans ces conditions, bien souvent son évolution sera rapide parce qu'elle aura affaire à des sujets jeunes, parfois épuisés par le travail ou les plaisirs, ou bien encore à des fils de tuberculeux qui ont hérité de leurs parents, avec quelques germes contractés par contagion, d'une plus grande aptitude à les faire éclore.

M. Louis Jullien (1) soutient la même opinion dans son *Traité pratique des Maladies vénériennes*, à propos des pneumopathies tertiaires : « La syphilis — écrit-il — ne saurait engendrer la tuberculose, et toutes les fois qu'on trouve cette affection chez un vérolé, on peut affirmer qu'il est en puissance de deux diathèses ; mais il n'est point irrationnel d'avancer que l'infection vénérienne, en raison des charges qu'elle fait peser sur l'organisme puisse rendre un individu, d'ailleurs prédisposé, plus vulnérable en face du bacille tuberculeux. Le fils de phtisique, qu'une bonne hygiène, qu'une forte constitution défendent contre la maladie héréditaire ou acquise, perdra de sa résistance du jour où il subira l'atteinte débilitante occasionnée par le virus syphilitique et offrira un terrain plus favorable au développement de la tuberculose. »

1. Louis Jullien. *Traité pratique des Maladies vénériennes*, 2e éd., p. 965.

Mais la syphilis, pas plus que les autres causes de réveil, ne provoque forcément une généralisation aiguë, et, fidèle interprète des observations que nous citons plus loin, nous espérons prouver que, si l'on trouve presque toujours excessive la malignité de la tuberculose chez les syphilitiques secondaires, c'est qu'on ausculte presque uniquement les malades qui toussent ou qui ont un accident aigu, tel que l'hémoptysie, et qu'on met volontiers au compte de la syphilisation, sans chercher autre chose, un peu fièvre, d'amaigrissement ou d'anémie qu'elle explique facilement.

Nous sommes persuadé qu'il en est, bien plus qu'on ne pense, de tuberculoses réveillées par la syphilis, mais elles sont méconnues par ce que bénignes, frustes et par cela même négligées. La tuberculose se manifeste après la syphilis — comme après tous les traumatismes qui frappent l'être humain — tantôt sous la forme commune, tantôt sous des formes larvées, éphémères, grippales, bronchitiques qu'il faut savoir reconnaître. Ces formes sont curables, parfois même spontanément curables ainsi qu'en témoignent certaines autopsies de malades décédés au cours de leur syphilis ou d'une affection intercurrente.

Les vingt observations de Stieffel, étiquetées cas bénins, où l'on trouve à l'autopsie d'anciens syphilitiques des tuberculoses plus ou moins guéries sont passibles de cette explication.

A dire le vrai, l'histoire de ces manifestations

bénignes est difficile à faire parce que les malades, suivis pendant l'épisode aigu, ne sont pas revus dans la suite et que seule leur guérison momentanée peut être constatée. Mais cette guérison momentanée est la preuve que l'organisme est susceptible d'un effort réactionnel salutaire : S'il double le cap dangereux il restera vraisemblablement indemne dans l'avenir ; ou pourra, à l'occasion, se défendre à nouveau avec la chance de vaincre. Nous ne saurions cependant aller jusqu'à conclure que c'est à l'infection révélatrice qu'il doit, même en partie, cette sécurité.

En bref, nous ne voyons dans la syphilis qu'une cause banale — analogue à toutes les autres citées plus haut — du réveil de lésions tuberculeuses plus ou moins latentes ; ces lésions évoluent suivant les cas, suivant les lésions antérieures, peut-être aussi suivant la gravité du choc (virulence de la syphilis), de façon différente — bénigne, moyenne ou maligne — comme les lésions tuberculeuses en général.

Pour tenter de justifier notre thèse, nous citerons à l'appui les données qui nous ont servi à l'établir dans notre esprit et qui sont malheureusement trop peu nombreuses. Ces documents, datant d'une année au plus, nous ont été fournis par le beau service du professeur Gaucher.

Nous remercions sincèrement M. le professeur Gaucher de nous avoir permis de les consulter ; nous y avons joint certaines observations antérieures que nous devons à l'interne dudit service, M. Malloizel, à qui nous adressons également nos remerciements.

### § 2. — *Preuves du réveil d'anciens foyers tuberculeux par la syphilis*

A. — *Preuves cliniques.* — Elles sont évidentes quand, en même temps que les accidents spécifiques de la période secondaire, on constate la recrudescence des symptômes d'une tuberculose préexistante.

Elles le sont moins quand la tuberculose ne s'est pas manifestée au préalable.

Entre ces deux ordres de faits prennent place les cas où la tuberculose a déjà signalé sa présence par un épisode passager : une pleuro-tuberculose, par exemple ; et ceux où elle évolue lentement sous le masque de la bronchite-chronique avec emphysème.

Dans ces deux cas, une syphilisation survenant après plusieurs années, peut donner lieu à un réveil qui ne saurait passer pour tel si on ignore les antécédents du malade.

Dans le même ordre d'idées, il y a de grandes analogies entre la tuberculisation secondaire du poumon et les écrouelles secondaires.

Il est fréquent, on le sait, de voir apparaître au cours de la syphilis des ganglions durs et indolents dont les caractères sont ceux de l'adénopathie syphilitique, puis ces ganglions se tuméfiant peu à peu, ou bien rester crus, ou bien suppurer et s'ouvrir à

l'extérieur ; ils prennent alors l'aspect de ganglions tuberculeux et leur nature est bien telle puisqu'elle est démontrée par l'inoculation.

Pourquoi cette poussée tuberculeuse ? Doit-on invoquer pour l'expliquer une inoculation accidentelle ? N'est-il pas plus simple au contraire de songer au réveil d'anciennes lésions bacillaires restées jusque-là sans grandes manifestations comme en témoignent les nombreuses observations de malades ayant présenté dans leur enfance des « glandes» de la région du cou.

Cette manière de voir est encore justifiée anatomiquement.

B. — *Preuves anatomiques.* — Il est assez fréquent de trouver, aux autopsies — rares d'ailleurs — de syphilitiques secondaires des lésions tuberculeuses du poumon ; or, ces lésions quand elles sont discrètes se ressemblent presque toutes :

On rencontre, en un point du poumon, une lésion ancienne, souvent crétifiée ou caséo-fibreuse, avec cicatrices pleurales à son niveau, tout autour un nombre plus ou moins considérable de noyaux infiltrés ou de granulations grises récentes. Il semble bien que ce soit là une preuve du réveil de foyers tuberculeux anciens, cicatrisés peu ou prou.

Ces constatations se trouvent consignées dans diverses observations.

Dans celle de Dalché, cité par Rénon, une granulie cause la mort deux ou trois mois après l'appari-

tion du chancre. A l'autopsie, outre la granulie on trouve un noyau tuberculeux plus ancien au sommet droit.

Au cours de cette année, trois malades sont morts dans le service du professeur Gaucher, en pleine période secondaire de leur syphilis. L'un d'entre eux ne portait pas trace de tubercules ; les deux autres étaient tuberculeux.

Le premier de ces deux cas concerne une femme qui succomba à une granulie cérébro-spinale et pulmonaire au quatrième mois de sa syphilis : certes, les tubercules miliaires, récents, ne manquaient pas dans le poumon, mais on trouvait de plus, au sommet droit, des nodules anciens conglomérés, caséeux et même crétifiés, avec cicatrice pleurale en surface, enfin un ganglion trachéo-bronchique complètement calcifié. Nul doute que la tuberculose ne fut antérieure à la syphilis.

L'autre malade, une femme également, mourait d'artérite cérébrale après dix mois de syphilis. A l'autopsie un seul poumon présentait des tubercules, dont le noyau situé à la partie moyenne et antérieure du poumon droit ne dépassait pas la grosseur d'une noix. Le centre était dur, crétacé, criant sous le couteau ; la partie caséo-calcaire, si bien enkystée dans du tissu fibreux qu'à l'œil nu on aurait pu la prendre pour un ensemble de petites gommes. Le microscope permit de déceler, outre le tissu ancien et tout autour de lui, de nombreux tubercules gris, récents, riches en bacilles de Koch. Sous une influence quelconque,

d'une première atteinte d'hémiplégie que la malade avait eue un mois avant sa mort, le noyau ancien s'était revivifié.

Il est probable qu'il existe bien des observations analogues ; en tous cas de telles trouvailles d'autopsie sont fréquentes quand on a affaire à des malades décédant quelque temps après une affection aiguë : une fièvre typhoïde par exemple ; on est alors surpris de trouver dans les poumons, entourant d'anciens foyers d'aspect cicatriciel, la preuve d'une poussée tuberculeuse récente qui était passée cliniquement inaperçue.

### § 3. — *Etude Clinique*

Pour l'étude clinique, on peut suivre deux plans différents, ou bien, comme Sergent, procéder chronologiquement, étudier la tuberculose survenant dans les premiers mois de la syphilis ou plus tardivement, et la tuberculose antérieure à la syphilis et réveillée par elle ; ou bien étudier les formes cliniques de la maladie quelle que soit la date de son apparition, ses manifestations aiguës, chroniques, pleurales, pulmonaires, sanguines.

C'est ainsi que nous procèderons pour les quelques observations nouvelles que nous apportons.

Disons seulement encore une fois que la tuberculose tardive a plus souvent une marche moins aiguë que la tuberculose précoce.

A. — *Forme aiguë granulique.* — La forme aiguë granulique est assez rare, néanmoins nous avons pu en réunir six observations. Une de Jacquinet (obs. IX communiquée par M. Labbé) où la tuberculose précédait la syphilis ; trois cas de Lancereaux publiés dans son *Traité anatomo-pathologique de la Syphilis* avec autopsie, sans renseignements cliniques ; le cas de Rénon (communiqué par Dalché, et rapporté dans le livre de Sergent ; enfin une observation inédite prise dans le service du professeur Gaucher.

Cette dernière présente plusieurs points intéressants. Bien que l'autopsie ait révélé la présence de lésions anciennes presque cicatrisées, la granulie et la tuberculose ont semblé nettement débuter sous l'influence de la syphilis. La dissémination s'est faite exclusivement sur les poumons et sur les méninges, surtout les méninges spinales qui sont si fréquemment touchées au cours de la syphilis secondaire. Enfin la malade, qui avait été méthodiquement traitée depuis sa roséole, ne présentait pas de spirochètes dans ses organes sauf dans ses papules cutanées, où ils étaient d'ailleurs rares.

Au point de vue clinique, il était possible d'hésiter entre une granulie et une méningite cérébro-spinale d'origine syphilitique. Le diagnostic fut cependant fait au cours de la maladie.

## OBSERVATION

*Syphilis secondaire récente. — Tuberculose latente réveillée d'une façon aiguë par la syphilis sous forme de granulie pulmonaire et spinale. — Mort.*

Mme M..., 31 ans, dévideuse, est soignée à la Polyclinique du professeur Gaucher depuis le mois de septembre 1906 pour des accidents syphilitiques. L'accident primitif est resté ignoré.

En septembre apparaît la roséole, puis à la fin d'octobre une éruption de papules croûteuses siégeant à la face, à la nuque et au dos.

La malade est habituellement bien portante. Il y a neuf ans elle a fait une fausse-couche de six mois et demi et a accouché d'un enfant vivant il y a huit ans.

Elle est alcoolique et éthéromane.

Depuis la fin d'octobre, la malade maigrit et pâlit, elle tousse un peu la nuit et le matin.

Se sentant fatiguée elle entre à l'hôpital le 31 octobre 1906.

On constate alors une submatité légère du sommet droit, en avant, avec quelques craquements.

4 novembre 1906. — Depuis deux jours la malade se sent plus abattue, elle dort mal, a du subdélire la nuit. Epistaxis le 3 novembre et trois selles diarrhéiques.

La température atteint 39 degrés, le pouls 112.

Les réflexes rotuliens sont un peu exagérés, le signe de Kœrnig est très net. Les mains présentent de temps en temps des mouvements choréiformes. Les membres inférieurs hyperesthésiés sont le siège d'une atrophie musculaire très marquée. Pas de céphalée.

Le foie et la rate sont manifestement hypertrophiés.

A l'auscultation on trouve, outre des craquements au niveau du sommet droit, de la crépitation diffuse dans les deux poumons en avant et en arrière.

Le 8 novembre, il existe une quadriplégie des membres. Le délire est constant. La nuque et le tronc sont extrêmement raides. Le coma est imminent.

Dans la matinée du 11 novembre, la malade meurt après deux jours de coma.

*A l'autopsie :* Granulie pulmonaire bilatérale.

Méningite granuleuse de la pie-mère médullaire avec quelques granulations miliaires le long des sylviennes. Foie et rate très volumineux, cirrhotiques sans granulations apparentes non plus que dans les autres organes.

*Examen microscopique*, confirmatif. Cirrhose graisseuse sans tubercules. Tubercules méningées et pulmonaires typiques avec bacilles de Koch.

La recherche du spirochète et restée négative partout ailleurs que dans les papules cutanées.

L'exacerbation des lésions tuberculeuses par la syphilis est ici très nette, d'autant plus que la granulie s'est manifestée surtout par des phénomènes spinaux, et l'on connaît la prédilection de la syphilis secondaire pour les méninges spinales.

En résumé nous voyons que la tuberculose peut être réveillée par la syphilis secondaire sous forme de bacillose granulique sanguine toujours fatale à brève échéance.

B. — *Forme atténuée bacillhémique.* — Connue d'abord par les travaux du professeur Landouzy — qui décrivit les typho-bacilloses, les fièvres tuberculeuses prégranuliques — cette forme a été bien étudiée par Jousset qui en a montré les principaux symptômes : la fièvre irrégulière survenant souvent par accès vespéraux, la rapidité de l'hypotension du pouls, enfin une albuminurie peu considérable et passagère.

Elle est curable dans beaucoup de cas.

Nous n'en connaissons d'autre exemple au cours de la syphilis secondaire que celui rapporté plus loin et qui fut observé cette année dans le service du professeur Gaucher.

La malade, autrefois bien portante, a vu se réveiller, sous l'influence de la syphilis secondaire, une tuberculose latente, d'abord sous forme d'écrouelles, puis de lésions pulmonaires, enfin de bacillhémie.

Elle guérit en un mois et demi, sans traitement mercuriel.

OBSERVATION

*Syphilis datant d'une année réveillant une tuberculose latente, d'abord sous forme d'adénopathie suppurée du cou, puis de tuberculose pulmonaire avec fièvre bacillhémique. — Atténuation rapide de tous les accidents par le repos et le régime, sans traitement mercuriel.*

M^lle^ Jeanne B..., 17 ans, a contracté accidentellement — chancre de la joue — la syphilis en février 1905.

S'est soignée assez régulièrement pendant un an.

Depuis juillet 1905 elle a vu se développer des ganglions cervicaux qui ont été incisés puis sont demeurés fistuleux.

A la Polyclinique du professeur Gaucher où elle vient consulter, le 4 mars 1906, on constate que les ulcérations ganglionnaires présentent nettement le caractère d'écrouelles.

On relève en outre des syphilides pigmentaires réticulaires du cou.

La malade est soumise au traitement syphilitique ; les ulcérations sont touchées au crayon de zinc et au nitrate d'argent.

8 avril 1906. — Les ulcérations vont mieux et sont presque cicatrisées.

4 août. — La malade entre à l'hôpital ; ses abcès du cou suppurent à nouveau et, de plus, on constate des plaques muqueuses sur les bords de la langue. Elle souffre en outre de céphalées nocturnes.

16 août. — La malade sort, sur sa demande, non guérie.

9 septembre. — Elle est derechef traitée dans le service pour plaques muqueuses de la langue. Les adénites suppurent moins.

Le 28 décembre nouvelle consultation : Depuis trois semaines la malade ne mange plus, tousse beaucoup et s'amaigrit rapidement ; à diverses reprises elle a craché un peu de sang.

On la reçoit dans le service.

*Examen :* Fièvre rémittente ; la température normale, le matin, s'élève le soir aux environs de 39 degrés sans que la malade paraisse en souffrir autrement que par les transpirations abondantes qui se reproduisent plusieurs fois au cours de chaque nuit. Les urines contiennent un peu d'albumine.

L'examen du poumon révèle peu de choses. Cependant le sommet gauche est légèrement submat en avant et en arrière ainsi qu'au niveau de la région hilaire. En ce point on trouve également quelques craquements et aussi de l'égophonie en bande descendante péri-scissurale.

Malgré l'existence de plaques muqueuses linguales, le traitement mercuriel est supprimé et remplacé par un traitement arsenical à hautes doses avec repos absolu au lit et suralimentation.

Les jours suivants la submatité se localise, de plus, à la base gauche puis à la droite. La scissure gauche est toujours égophonique, les craquements sont plus rares.

Au sommet, l'inspiration est nettement diminuée.

La température oscille constamment entre 37 et 39 degrés. Il n'y a plus que des traces d'albumine.

13 janvier 1907. — On constate seulement au niveau du sommet gauche une diminution du souffle respiratoire, l'état général s'améliore, mais la fièvre subsiste quoique moins élevée variant de 38 à 38°4 le soir. Disparition de l'albumine.

27 janvier. — La malade va de mieux en mieux, sauf la fièvre qui persiste encore et qui est exactement vérifiée à plusieurs reprises. Quelques douleurs abdominales dues à un utérus volumineux et à une métrite blennorragique.

11 février. — L'état de la malade s'est considérablement amélioré ; les signes révélés par l'auscultation des sommets se sont encore atténués. Entre temps s'est produite la cicatrisation des abcès du cou ; la fièvre persiste toujours quoique peu élevée (38 degrés le soir). Comme les plaques muqueuses linguales n'ont pas varié, on procède à une série de piqûres de benzoate de mercure.

8 mars. — La malade part en convalescence au Vésinet ; son poids a augmenté de 8 kilogrammes ; état général très satisfaisant, la toux a complètement disparu depuis un mois. La fièvre n'a cependant cédé que vers la fin de février. Pas d'accidents spécifiques. Sommet submat avec respiration un peu obscure.

Malgré le peu d'accentuation des signes physiques pulmonaires il ne semble pas douteux qu'on se soit trouvé en présence d'accidents tuberculeux. Leur nature phymateuse est prouvée autant par la coexistence d'adénopathies nettement tuberculeuses, que par les hémoptysies et la fièvre spéciale — bien connue depuis les travaux de Jousset — qui accompagne les poussées bacillhémiques. De plus, et cela nous confirme dans notre opinion, la malade guérit sans le secours du traitement mercuriel qui, institué auparavant, n'avait pas réussi à arrêter les accidents.

C. — *Forme ulcéreuse rapide.* — C'est la plus fréquemment observée. Tous les auteurs qui ont étudié la question en citent des exemples.

Stieffel en donne une dizaine d'observations personnelles ou dues au professeur Spillmann ; Jacquinet en rapporte également un certain nombre, entre autres celle publiée autrefois par le professeur Potain — et qui est devenue classique — ainsi que celle de Gailliard, où sur un terrain alcoolique la phtisie prit la forme galopante. Sergent, de son

côté, a observé la mort en trois mois à la suite d'une syphilisation récente.

Nous n'avons pas observé de cas analogue.

Au point de vue clinique ils sont identiques à ceux que nous rencontrons ordinairement en dehors de la syphilis :

Dissémination rapide des lésions, fonte extrêmement précoce, grave atteinte de l'état général, amaigrissement, fièvre élevée, sueurs profuses. Le tableau est assez connu pour que nous n'ayons pas besoin d'insister.

D. — *Forme chronique commune, primitivement locale, puis extensive de proche en proche.* — Elle est suivant les cas extrêmement variable dans ses allures et surtout dans son évolution qui peut être progressive : les lésions passant tour à tour par les stades d'infiltration de fonte et d'excavation.

A ces différentes périodes on a signalé dans sa marche des arrêts, des rémissions parfois fort longues, indéfinies même. Les lésions se cicatrisent d'autant mieux qu'elles sont moins avancées, quoique des cavitaires aient paru guérir complètement.

Sergent cite quatre observations de tuberculeux dont l'infection syphilitique aggrava les lésions au point de faire craindre une évolution rapidement fatale ; mais ces malades présentèrent ensuite, au cours de la période secondaire, une atténuation des symptômes telle qu'elle donna l'impression d'une guérison définitive. Chez l'un d'eux cependant, bacillaire

depuis trois ans, il vit la tuberculose refleurir sept mois après l'apparition d'un chancre, puis guérir en apparence ; enfin, au bout d'une année, à la suite de surmenage, la phtisie évoluer et se terminer par la mort.

Rien ne serait plus facile que de multiplier les exemples. Un fait nous paraît, néanmoins, intéressant à signaler : Dans certains cas la tuberculose reste localisée, très bénigne ; il faut pour la déceler examiner soigneusement le malade.

Elle procède quelquefois aussi par poussées subaiguës n'occasionnant que peu de malaise, à peine subfébriles (la température variant de 37°6 à 37°8 le soir) retentissant médiocrement sur l'état général, ne présentant au clinicien qu'un minimum de signes physiques. Ces formes ne sont pas rares au cours de la syphilis secondaire, même dans les premiers mois ; mais le praticien les néglige forcément soit qu'il n'y pense pas, soit qu'il mette les troubles sur le compte de la syphilis.

Nous en rapportons deux observations : Dans l'une il y a un minimum de signes fonctionnels qui nous paraissent suffisants pour affirmer la tuberculose ; dans l'autre, c'est une hémoptysie légère, sans fièvre qui attire l'attention sur le poumon.

## OBSERVATION

*Syphilis secondaire récente; excellente santé antérieure. — Réveil d'une tuberculose latente, extrêmement légère et fugace se manifestant seulement par des signes physiques au sommet gauche.*

Mlle Emilienne B..., âgée de 20 ans, couturière, entre le 16 juillet 1906 dans le service du professeur Gaucher pour des accidents syphilitiques. C'est une fille robuste dont la santé paraît florissante et qui, d'ailleurs, affirme n'avoir jamais été malade.

Depuis un mois et demi elle a des plaques muqueuses érosives de la vulve et une adénopathie généralisée. Elle n'a pas eu, dit-elle, d'éruption cutanée et en tout cas n'en porte pas de traces.

Elle accuse, depuis un mois, des maux de tête et elle perd ses cheveux. Ses amygdales sont couvertes de plaques muqueuses confluentes. Elle a en même temps une blennorragie accompagnée d'une batholinite.

Le 3 août, la malade va très bien, les accidents syphilitiques sont guéris.

Le 5 août, la malade se dit fatiguée et reste au lit, la température monte le soir à 37°6 et les soirs suivants elle atteint 37°6 et 37°8.

A l'auscultation on trouve au sommet gauche une inspiration nettement diminuée avec quelques craquements en arrière. Le sommet est submat en avant.

Le 11 août, les craquements sont rares et intermittents,

mais toujours fixés comme siège à la partie postérieure du poumon gauche. La température retombe à la normale (37°2). La malade mange bien et sort sur sa demande.

Elle n'a pas été revue ensuite.

## OBSERVATION

*Syphilis secondaire. — Réveil ou développement d'une tuberculose pulmonaire (hémoptysies)*

Mlle Ida J..., depuis le 20 mai 1905, a été soignée à plusieurs reprises dans le service du professeur Gaucher.

Aucun antécédent morbide ; toutefois à l'âge de 15 ans elle accouchait d'un enfant qui mourait de méningite un an après.

Elle a eu tout d'abord un chancre de la fourchette, puis des plaques muqueuses. A la suite d'une fausse couche survenue un mois après, elle a présenté des adénites suppurées de l'aine, à droite et à gauche, qui sont restées fistuleuses pendant un mois et demi. On n'a pas constaté de chancres mous.

En août et en octobre 1905, en février et en mai 1906 elle a été soignée pour des plaques muqueuses hypertrophiques de l'anus et de la vulve.

Enfin le 7 février 1907, elle entre dans le service pour des hémoptysies peu abondantes, sans fièvre, qui se répètent depuis dix jours.

A l'examen on constate une induration nette du sommet droit.

Pas d'accidents syphilitiques.

La malade sort le 25 février en bon état.

Revue le 26 mars 1907, elle ne tousse plus mais présente de nouveau des plaques muqueuses de la gorge et de la vulve.

En résumé la forme commune suit au cours de la syphilis secondaire, comme en dehors d'elle, une évolution très différente suivant les cas. Parfois grave et même mortelle, à plus ou moins brève échéance, elle peut être bénigne plus souvent qu'on ne le pense, et même assez fruste pour que le médecin pas plus que le malade n'y prêtent grande attention.

E. — *Forme bronchitique.* — En dehors de la syphilis, la forme bronchitique est très commune. Elle se manifeste de deux façons distinctes :

Ou bien c'est un épisode aigu — analogue à un rhume, à la grippe — qui précède les accidents tuberculeux communs : c'est le rhume négligé auquel les malades font remonter leurs maux. On l'a souvent constaté, certaines de ces tuberculoses peuvent se réduire à des bronchites passagères, éminemment et spontanément curables ;

Ou bien la bronchite est chronique et revient tous les hivers, presque apyrétique, s'accompagnant d'emphysème puis d'accidents cardiaques. Ces malades, vieux tousseurs, ne se préoccupent pas de leur bronchite. Ils vivent longtemps, survivent même à leurs enfants qu'ils ont contagionnés et qui parfois sont morts de tuberculose rapide. On

sait, en effet que, par période au moins, ces malades crachent des bacilles.

On peut se demander l'effet produit par la syphilisation sur de pareilles tuberculoses.

Nous n'avons pas trouvé d'exemple dans les auteurs, mais en voici une observation recueillie dans le service du professeur Gaucher.

## OBSERVATION

*Tuberculose familiale, emphysème et bronchites hivernales, depuis dix ans. — Syphilis : chancre axillaire et syphilides papuleuses. — Réveil léger et passager de la tuberculose.*

Mme Clémence N..., 50 ans, ménagère, entre le 18 mars 1907 dans le service du professeur Gaucher.

Elle a depuis deux mois dans le creux de l'aisselle gauche une ulcération arrondie à base indurée, à fond rougeâtre et sec ; il existe un ganglion axillaire et un ganglion inguinal du même côté ; de plus depuis quinze jours est apparue une éruption de syphilides papuleuses à gros éléments, disséminée sur tout le corps, y compris la face.

Certaines papules sont squameuses aux genoux et aux coudes ; il n'y a aucun accident muqueux.

En résumé syphilis secondaire et chancre axillaire.

Depuis quelques jours la malade présente de la toux concomitante, de la fièvre et de l'oppression. Elle ne s'inquiète pas de sa bronchite à laquelle, ajoute-t-elle, elle est habituée depuis dix ans et qui reparaît chaque hiver ; elle dit cependant avoir plus de fièvre que d'habitude.

On constate à l'auscultation des râles ronflants et muqueux, disséminés dans tout le poumon, avec prédominance au niveau des bases.

La phase aiguë de la bronchite s'atténue en quelques jours.

Le 2 avril, malgré la persistance des accidents cutanés la malade se dit guérie, elle continue néanmoins certains soirs à avoir de la fièvre et à tousser ; de plus elle maigrit notablement.

L'examen du poumon montre que les râles de bronchite ont disparu, mais le sommet droit est submat en avant et en arrière ; à son niveau le murmure vésiculaire est diminué, les vibrations sont exagérées. On trouve quelques craquements en arrière au niveau du sommet droit et autour du hile ; tout le côté gauche présente une sonorité à la percussion et la respiration le type emphysémateux.

Interrogée sur ses antécédents familiaux la malade nous apprend que son mari est mort de tuberculose pulmonaire il y a un mois, que sur douze enfants qu'elle a eus onze sont morts : deux de « rhumes négligés » et les autres de phtisie galopante.

15 avril. — La malade ne tousse plus et n'a plus ni fièvre, ni craquements. La submatité persiste ainsi que la diminution du murmure vésiculaire.

Pas d'expectoration, la malade n'en présentait d'ailleurs pas auparavant.

L'épisode aigu semble donc se terminer favorablement.

En somme, on a eu affaire à un réveil purement passager, peu intense, d'une tuberculose si torpide que la malade, qui en était atteinte depuis dix ans, n'en prenait aucun souci.

F. — *Forme pleurale ou cortico-pleurale.* — Cette dernière forme comprend les pleuro-tuberculoses banales et les épisodes aigus pleuro-corticaux si souvent observés chez les tuberculeux. Ce sont, la chose est bien connue actuellement, le plus souvent des tuberculoses atténuées qui guérissent, au moins pour un temps et peuvent ensuite se réveiller sous forme de tuberculoses communes.

Nous ne connaissons pas de pleurésies développées à la période secondaire, sauf peut-être certains cas où l'affection est décrite comme pleurésie syphilitique et en particulier la pleurésie à grand fracas.

Quant à la pleurésie latente, double, son origine tuberculeuse est encore moins certaine. En effet, il est peu de tuberculoses pleurales qui aient cette évolution, et c'est précisément cette évolution, plus encore peut-être que l'examen cytologique qui fait penser que la pleurésie secondaire syphilitique n'est pas purement théorique comme le veut Sergent, de support syphilitique et de nature bacillaire comme le veut Landouzy. L'absence de râles, de souffle et d'égophonie qui est la règle dans ces pleurésies est rarement signalée dans la tuberculose, et quelque convaincu que nous soyons de la réalité des tuberculoses pleurales frustes, surtout au décours des infections, nous ne pouvons nous empêcher de penser qu'il existe des pleurésies d'essence syphilitique, et que ce sont surtout les formes légères, latentes qui doivent être attribuées à la vérole.

D'autre part, la tuberculose pleurale, si légère, si fugace soit-elle, est presque toujours douloureuse, le point de côté est manifeste, de plus il y a souvent de la fièvre au moins passagèrement et elle est surtout plus accusée que dans la pleuropathie syphilitique. Enfin, la formule cytologique est différente : Les polynucléaires et les lymphocytes sont suivant le moment plus abondants que dans la pleuropathie où le macrophage reste constamment l'élément essentiel. Ces données cytologiques semblent indiquer que le poumon est moins touché par la syphilis secondaire que par la tuberculose.

Quoi qu'il en soit, et en attendant que la preuve irréfutable de l'existence de la pleuropathie secondaire soit faite par la présence du spirochète dans l'épanchement, ainsi que l'exige M. Sergent — qui n'ignore cependant pas qu'on ne le trouve jamais dans les méningites secondaires qui ne sont pas suspectes de tuberculose — nous signalerons quelques cas de syphilis secondaire réveillant une tuberculose ancienne sous forme de pleuropathie.

Nous insisterons sur ce fait, à savoir que la pleurésie tuberculeuse peut survenir en présence de manifestations secondaires, mais qu'elle peut apparaître aussi en dehors des accidents cutanéo-muqueux.

C'est là une constatation importante, car jamais la pleuropathie secondaire, décrite comme étant de nature syphilitique, n'a été rencontrée en l'absence d'accidents nettement spécifiques.

Tout d'abord une observation de pleuro-tuberculose très fugace survenant dix mois après le début des accidents secondaires et en dehors de tout accident.

## OBSERVATION

*Syphilis secondaire : Plaques muqueuses. — Guérison des accidents. — Poussée pleurale tuberculeuse à évolution rapide survenant quelques mois après, sans autre manifestation de la syphilis.*

Mlle Anna B..., 19 ans, couturière, entre le 5 novembre 1905 dans le service du professeur Gaucher pour des accidents syphilitiques.

La contagion date de deux mois. Le chancre aurait débuté il y a trois semaines sur la grande lèvre droite.

Actuellement il est entouré de nombreuses plaques muqueuses érosives.

Le 16 janvier 1906, la malade qui est sortie guérie le 17 décembre 1905, vient consulter à la Polyclinique pour des plaques muqueuses des amygdales. On constate de plus un collier de Vénus très marqué.

Ces manifestations guérissent par le traitement.

Le 7 septembre, elle revient à la consultation : Depuis cinq jours elle se plaint d'avoir de la fièvre et un point de côté à droite. Elle entre dans le service.

Actuellement pas d'accidents syphilitiques apparents. *Percussion* et *Auscultation* : La base droite est mate et on n'y entend pas le murmure vésiculaire ; on trouve de plus

un peu de résistance au doigt et quelques râles sous la clavicule droite. Rien à gauche. Pas de souffle, mais l'égophonie se perçoit le long de la scissure droite, avec quelques crépitations.

9 septembre. — La douleur a diminué ; on entend dans les deux tiers inférieurs de gros frottements « en cuir neuf ».

La malade est soumise au traitement mercuriel.

Sortie le 21 septembre : son état général est bon ; au poumon un peu de submatité et quelques frottements à la base droite ; respiration diminuée au sommet et en avant.

Voici maintenant l'observation d'une jeune fille qui un an avant sa syphilis eut une double pleurésie tuberculeuse semblant guérie au moment où elle contracta la syphilis.

Au cours des accidents secondaires, il y eut une légère poussée tuberculeuse du côté du poumon droit coïncidant avec une absence momentanée des règles.

Les signes disparurent très rapidement.

On verra par la lecture de cette observation combien la tuberculose peut se manifester d'une façon légère. Nous ne pensons pas en effet que ce cas puisse entrer dans le cadre de la pleurésie secondaire dite syphilitique — même dans sa forme fruste — il en diffère par son allure et par sa résistance au traitement.

## OBSERVATION

*Ancienne pleuro-tuberculose double semblant guérie. — Syphilis secondaire. — Réveil passager de la tuberculose sous la forme pleuro-corticale.*

Mlle Jeanne Pl..., 19 ans, couturière, a été soignée en juillet 1905, à l'hôpital Tenon pour une pleurésie double plus accusée à droite qu'à gauche qui dura un mois et demi.

Depuis elle s'est toujours bien portée, quoique la toux ne l'ait jamais complètement quittée, et elle ne maigrit pas malgré une vie quelque peu accidentée.

Les règles ne sont pas très régulières, elles ont même manqué pendant six mois à l'époque de sa pleurésie. Aujourd'hui elles sont revenues. Depuis un mois et demi la malade présente des pertes blanches abondantes et de nombreuses plaques muqueuses vulvaires pour lesquelles elle entre le 16 juillet 1906 dans le service du professeur Gaucher.

Outre ces accidents on constate une roséole à son déclin, des syphilides palmaires typiques et une leucomélanodermie du cou et des épaules, en voie de formation. La malade est très pâle, mais elle l'était déjà dit-elle avant sa syphilis.

A l'auscultation et à la percussion du poumon, on trouve une sonorité et une respiration normales à gauche ; à droite une matité d'une main à la base avec diminution du murmure vésiculaire sans frottements pleuraux. Les sommets paraissent indemnes, mais en avant, à droite, la respiration est nettement diminuée.

La malade est mise au traitement mercuriel (piqûres quotidiennes de 0 gr. 02 centig. de benzoate de mercure).

Le 3 août 1906 elle est guérie de ses accidents syphilitiques, mais depuis huit jours elle se trouve fatiguée.

Les règles qu'elle attendait à la fin du mois dernier ne sont pas apparues. De plus elle est prise d'un peu de fièvre (38° à 38°4), en même temps qu'elle accuse le retour d'un point de côté à droite et qu'elle se met à tousser.

A l'examen elle présente dès le premier jour une submatité nette au niveau du sommet droit et de la région hilaire. On entend dans toute la zone de matité et surtout à la partie moyenne du poumon des crépitations très fines. En outre il y a manifestement de l'égophonie scissurale. Celle-ci disparaît au bout de deux jours en même temps que les crépitations diminuent de nombre et vont en se localisant de plus en plus autour du hile droite.

La fièvre n'a duré que quatre jours ainsi que le point de côté.

11 août. — La malade sort ; les crépitations ont disparu, mais la submatité persiste au niveau du sommet et du hile droits.

Il nous semble rationnel de penser que nous nous sommes trouvés là en présence d'une poussée tuberculeuse extrêmement fugace, du réveil, après une année écoulée, d'un foyer mal éteint. La persistance des signes au sommet en est une preuve. C'est la syphilis qui a probablement provoqué ce réveil ; elle est la cause occasionnelle, et non la cause réelle de la lésion ; on comprendrait mal en effet que le traitement qui fait disparaître les autres accidents permette l'apparition de symptômes pulmonaires au

moment même où cèdent les manifestations cutanéo-muqueuses.

Faut-il incriminer une congestion pulmonaire intercurrente, sans cause nettement déterminée ? C'est inutilement compliquer le problème : On sait, à l'heure actuelle, que la tuberculose procède assez souvent par poussées aiguës, bénignes, éphémères, d'autant plus facilement curables qu'elles frappent davantage la corticalité.

Enfin une observation assez curieuse :

Un malade opéré d'empyème six ans auparavant pour une pleurésie tuberculeuse purulente, dont la fistule est actuellement guérie, contracte la syphilis. Au cours de la période secondaire, sous l'influence d'une poussée confluente de syphilides papuleuses, l'écoulement du pus par la fistule reparaît très abondant et se prolonge, sans inconvénient pour l'état général, bien après la guérison des accidents syphilitiques. Le pus séreux était analogue au pus tuberculeux.

Le réveil de la lésion pleurale quelle qu'elle soit est ici très manifeste, mais il ne présente pas pour cela une extrême gravité, du moins en apparence.

## OBSERVATION

*Ancienne pleurésie purulente tuberculeuse, datant de 1900. — Empyème. — Guérison. — Syphilis secondaire (décembre 1906) : Réapparition de l'écoulement purulent par la fistule.*

M. Jean M..., 44 ans, couvreur, entre dans le service du professeur Gaucher le 17 décembre 1907 pour un chancre syphilitique du sillon balano-préputial.

Il a eu, en mars 1900, une pleurésie gauche, séreuse d'abord, puis purulente, qui, ponctionnée à l'hôpital Boucicaut nécessita, deux mois après, l'opération de l'empyème avec résection de trois côtes (opération d'Eslander) ; une fistule s'ensuivit.

En novembre 1902, il subit une nouvelle résection de côtes ; la fistule se ferma presque complètement et dans la suite l'écoulement du pus devint insignifiant.

La description du malade semble bien correspondre à une pleurésie purulente, ainsi qu'en témoignent d'ailleurs les cicatrices de pointes de feu faites autrefois au niveau du sommet gauche.

Il y a un mois environ, le malade contracta un chancre, lequel, actuellement en voie de cicatrisation, est situé dans le sillon balano-préputial, près du frein.

Depuis quelques jours s'est développée sur tout le corps une roséole à grands placards, accompagnée de quelques syphilides papulo-squameuses de la face.

En même temps qu'apparaissaient les accidents secondaires le malade a remarqué, non sans effroi, qu'il se fait par son

ancienne fistule un abondant écoulement de pus séreux, verdâtre, assez fétide.

L'examen de la poitrine montre :

*A la percussion*, une matité gauche remontant jusqu'au tiers moyen de l'omoplate et une exagération de la sonorité à droite ; le sommet gauche est submat en arrière.

*A l'auscultation*, à gauche, l'expansion pulmonaire conservée quoique très diminuée ; à droite une respiration de suppléance.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le malade est traité par des piqûres de benzoate de mercure ; on panse sa fistule avec de la gaze iodoformée.

Le 6 janvier 1907, il sort guéri de ses accidents syphilitiques, mais sa fistule continue à donner du pus.

Mars. — La suppuration diminue ; elle est plus nettement séreuse avec des grumeaux blancs.

Le malade qui s'est d'ailleurs régulièrement traité depuis sa sortie de l'hôpital ne présente pas de nouveaux accidents syphilitiques.

Son état général est assez bon.

Si nous résumons les faits exposés dans ce chapitre nous voyons que la tuberculose, réveillée par la syphilis secondaire, se comporte la plupart du temps comme si la syphilis n'existait pas, et comme vraisemblablement elle évoluerait si la cause de son réveil était toute autre.

Contrairement à l'opinion généralement admise, elle n'est pas toujours grave et nous avons montré

par des exemples qu'elle peut être légère, fugace, bénigne. Cette variété dans son évolution se rencontre, d'ailleurs, dans toutes les formes de la tuberculose pulmonaire. On en connaît quelques raisons, on en suspecte d'autres, beaucoup encore nous échappent : La syphilis, cause déterminante du réveil des lésions tuberculeuses, n'est certainement pas la plus importante, aussi ne nous permet-elle pas de prévoir leur évolution.

Le pronostic de la tuberculose chez les syphilitiques secondaires est donc variable ; il y a des tuberculeux syphilitiques qui guérissent, il y en a même beaucoup : d'autres deviennent phtisiques. Nous ne voyons là aucune différence à faire avec ce que nous savons de l'évolution de la tuberculose en général.

# Troisième Partie

## DIAGNOSTIC

En présence d'accidents pulmonaires survenant au cours de la syphilis secondaire, il faut d'abord éliminer les maladies aiguës intercurrentes, — pour n'en citer qu'une, la grippe — qui peuvent frapper les organes respiratoires du syphilitique comme de n'importe quel autre individu ; diagnostiquer ensuite le siège de la lésion : bronches, ganglions médiastinaux, plèvre ; essayer enfin de discerner si l'affection est vraiment d'origine syphilitique.

La bronchite pure est facile à reconnaître.

L'adénopathie trachéo-bronchique ne peut souvent qu'être pressentie et il est nécessaire, à l'heure actuelle, de s'aider de la radioscopie pour la reconnaître.

Beaucoup plus latente parfois, la pleurésie secondaire demande pour ne pas rester ignorée un examen particulièrement minutieux des organes thoraciques du syphilitique. Il faut savoir que dans bien des cas elle ne se révèle que par une simple submatité des bases, uni ou bilatérale et n'est accompagnée d'aucun des symptômes fonctionnels ordi-

naires tels que : la fièvre, la toux, la dyspnée et le point de côté.

Mais la difficulté devient plus grande encore quand il s'agit de diagnostiquer la nature de la bronchite, de l'adénopathie, de la pleurésie. Se trouve-t-on en présence d'accidents syphilitiques ou d'accidents tuberculeux réveillés par la syphilis ?

En ce qui concerne la bronchite on doit toujours faire les plus expresses réserves. L'examen bactériologique des crachats sera pratiqué de parti pris quoique la présence du bacille de Koch n'y soit pas ordinairement décelée. Il est indispensable aussi de s'entourer de tous les renseignements possibles sur les antécédents familiaux et personnels des malades. Les indications ainsi recueillies nous permettront quelquefois de suspecter une contagion tuberculeuse dans l'enfance ou dans l'adolescence, de soupçonner l'existence d'une infection bacillaire ancienne ou récente. Mais c'est surtout l'évolution qui tranchera la question : les manifestations ultérieures de la tuberculose au niveau des sommets, l'apparition d'écrouelles secondaires seront autant de preuves que l'économie est touchée par le bacille de Koch et que la bronchite en dépend selon toute vraisemblance.

Les mêmes réserves s'imposent quant à l'adénopathie médiastinale dont la nature ne peut être démontrée que par des constatations identiques.

Pour la pleurésie on doit tenir compte des circonstances suivantes :

Se développe-t-elle après la guérison des acci-

dents secondaires et indépendamment de toute lésion syphilitique ? On peut affirmer presque à coup sûr son origine tuberculeuse.

Est-elle double, fugace, sans signes nets de condensation pulmonaire — se manifestant à l'auscultation par un souffle, — sans râles ; l'examen cytologique révèle-t-il une abondance remarquable des mononucléaires et la disparition presque complète, pendant toute la durée de l'épanchement, des polynucléaires neutrophiles ? On peut mettre, jusqu'à nouvel ordre, la pleuropathie sur le compte de la syphilis secondaire.

Sèche, unilatérale, à symptômes prédominant ou non au niveau des bases, accompagnée ou non de phénomènes généraux : fièvre, point de côté, toux, etc., son origine syphilitique est bien plus douteuse et nous ne pouvons porter un diagnostic précis si l'évolution ne vient l'éclairer. Même en l'absence de manifestations tuberculeuses ultérieures — bien des tuberculoses pleurales guérissent en effet complètement — il est possible que le bacille de Koch soit en cause.

Si enfin la symptomatologie pleurale est très nette, avec signes fonctionnels et physiques typiques, il est des plus difficile de se prononcer. Peut-être l'examen cytologique pourrait-il dans certains cas donner des résultats capables de fixer notre opinion ; il n'a jamais été fait, — nous le croyons du moins — dans de pareilles conditions. L'inoculation au cobaye n'est pas négligeable, elle peut nous donner parfois

une certitude vraiment scientifique. La guérison sous l'influence du traitement spécifique offre moins de valeur ; en traitant le malade pour sa syphilis on améliore son état général et on augmente par cela même sa résistance aux infections hétérogènes.

En résumé, le diagnostic étiologique des incidents pleuro-pulmonaires qui apparaissent au cours de la syphilis secondaire est, le plus souvent, extrêmement malaisé à faire.

Evident lorsqu'il s'agit de lésions classiques de tuberculose, il n'est possible la plupart du temps que grâce à un examen approfondi et répété des malades. Les anamnestiques ainsi que l'association à la clinique des procédés de laboratoire permettent également de le préciser dans certains cas.

## PRONOSTIC

Le pronostic des pleurésies latentes ou frustes, quelle que soit leur origine, est généralement bénin au moins pour le présent.

Dans les cas où la pleurésie peut être considérée comme syphilitique — et nous ne reviendrons pas sur ses caractères — il est encore meilleur : on ne doit faire aucune réserve pour l'avenir.

La pleurésie à grand fracas est plus grave, surtout si on pense comme nous qu'elle est souvent de nature tuberculeuse : Elle expose le malade au développement soit immédiat, soit ultérieur d'une tuberculose pulmonaire.

Les épisodes tuberculeux légers — tels ceux que nous avons signalés — qui atteignent la corticalité au cours de la syphilis secondaire sont ordinairement plus bénins, mais exposent plus tard aux mêmes dangers.

Est-il question maintenant de bronchite, d'adénopathie ? Dans l'impossibilité où nous sommes d'en diagnostiquer exactement l'étiologie, le pronostic doit toujours être réservé. Il ne faut donc pas avoir une confiance illimitée dans le traitement mercuriel,

ni trop nous hâter d'interpréter en faveur de la syphilis pure les bons résultats qu'il nous donne.

Considérant enfin les tuberculoses bien caractérisées qui se réveillent au cours de la syphilis secondaire — qu'il y ait eu ou non des manifestations pulmonaires nettes avant l'apparition du chancre — nous pensons qu'on a beaucoup trop assombri leur pronostic. Qu'un grand nombre de ces tuberculoses soient graves et rapides, que la mort survienne dans bien des cas par granulie ou par phtisie ulcéreuse galopante, personne ne le nie, mais il en est d'autres qui évoluent plus lentement, parfois même d'une façon tout à fait fruste au cours de la syphilis secondaire. Tout dépend de l'état général du malade ou du terrain sur lequel la bacillose évolue. Elle se borne fréquemment à un épisode aigu, passager, bronchitique, pleural ou classique — à l'induration d'un sommet par exemple — accident dont la cause peut être méconnue.

Quoique tuberculeuse, la lésion se cicatrise souvent, spontanément même. Si nous tenons compte de cette notion et intimement convaincus en outre que les cas légers, bénins sont aussi fréquents sinon plus que les cas sévères, nous voyons s'atténuer beaucoup la gravité du pronostic de la tuberculose chez les syphilitiques.

Du reste, même grave, la tuberculose des syphilitiques secondaires peut, après une période plus ou moins longue d'activité, rétrocéder et permettre la survie.

Bref, la tuberculose, au cours de la période secondaire est nettement réveillée par la syphilis, mais, dans la suite, elle se comporte comme toutes les tuberculoses : tantôt bénigne, tantôt maligne, et il est permis, selon les cas, d'attribuer sa malignité ou sa bénignité à la virulence de l'agent pathogène ou à l'individu qui lui sert d'hôte.

Nous n'ignorons pas que l'art médical pas plus qu'aucun autre ne prétend à des formules, à des règles rigoureusement scientifiques, c'est pourquoi, malgré leur tournure quelque peu dogmatique celles que nous posons plus bas au sujet du pronostic n'ont qu'une valeur toute relative :

Toute lésion qui semble exclusivement syphilitique est bénigne, car le traitement la guérit et elle ne laisse aucune séquelle pour l'avenir.

Toute lésion douteuse n'implique pas forcément un pronostic actuel grave, mais l'avenir doit être envisagé avec prudence ; à plus forte raison faut-il faire des réserves si la tuberculose est démontrée.

## TRAITEMENT

La pathogénie des diverses lésions indique le traitement rationnel à instituer.

En présence de lésions syphilitiques, le traitement mercuriel s'impose ; il hâte la guérison qui, comme nous l'avons dit, est totale.

Quand la tuberculose est certaine et même dans les cas douteux, si on soupçonne l'infection syphilitique d'avoir réveillé des lésions tuberculeuses, on doit traiter la syphilis et la tuberculose.

Traiter la syphilis c'est diminuer, après cicatrisation de la lésion actuelle, les chances d'un réveil ultérieur, c'est améliorer le terrain, empêcher la débilitation et l'anémie causées par la vérole.

Le mercure doit être l'agent exclusif de ce traitement, l'iodure de potassium, peu utile d'ailleurs à la période secondaire, pouvant provoquer des fluxions sanguines du côté des poumons, être la cause d'hémoptysies, et donner lieu parfois à de véritables poussées de tuberculose.

Il faut aussi traiter le syphilitique tuberculeux par l'hygiène, la suralimentation, l'aération, le repos ; on peut y adjoindre une cure arsenicale dont les bons

effets se feront sentir à la fois sur les deux affections. Ce double traitement doit être poursuivi longtemps. Enfin il est indispensable que le malade après une ou deux années de soins évite les fatigues, le surmenage, les refroidissements qui ont sur le réveil des lésions tuberculeuses une influence aussi grande et aussi nette que les accidents secondaires de la vérole.

## CONCLUSIONS

I. — Les incidents pleuro-pulmonaires survenant au cours de la syphilis secondaire, en dehors des infections pulmonaires accidentelles, relèvent de deux causes essentielles : La *syphilis* elle-même et la *tuberculose*.

II. — Ces incidents se manifestent surtout sous trois formes : bronchite, adénopathie médiastinale — celle-ci très discutable — pleurésie ; indépendamment des évolutions tuberculeuses banales.

III. — De ces accidents, la pleurésie seule nous paraît, dans quelques cas, être exclusivement imputable à la syphilis ; les autres sont probablement, des tuberculoses atténuées.

IV. — La pleurésie *secondaire* se développe *toujours* au cours d'autres accidents syphilitiques ; elle est fréquemment double ; ses signes physiques et fonctionnels sont souvent très frustes ; sa formule cytologique consiste essentiellement en une mononucléose durable due à la mobilisation locale des éléments conjonctifs de la séreuse.

V. — La tuberculose qui se manifeste au cours

de la syphilis secondaire semble avoir pour cause *occasionnelle* l'infection générale syphilitique ; pour cause *réelle* une infection tuberculeuse *ancienne*, restée jusque là plus ou moins latente, cliniquement. — La syphilis secondaire *réveille* seulement au même titre que d'autres causes provocatrices, les lésions tuberculeuses dont le sujet est porteur.

VI. — Si cette tuberculose évolue quelquefois d'une manière grave et rapide (granulie, phtisie ulcéreuse), sa marche peut être aussi beaucoup plus lente (induration simple d'un sommet parfois régressive), ou plus ou moins atypique (pleuro-tuberculose, bronchite, bacillhémie tuberculeuse). Ces dernières formes qui évoluent souvent à la façon d'un épisode aigu sont ordinairement très bénignes, au moins dans le présent, et spontanément curables.

VII. — La tuberculose des syphilitiques secondaires paraît donc indentique à la tuberculose banale, dont le polymorphisme et l'évolution dépendent surtout des *sujets* qui en sont atteints.

VIII. — Le diagnostic de ces lésions en tant que relevant de la tuberculose, ne se fait au début, dans bien des cas que par hypothèse ; l'évolution ultérieure (lésions des sommets, écrouelles secondaires), vient parfois le confirmer. Les procédés de laboratoire (cytologie, inoculations), peuvent rendre service dans quelques circonstances.

XI. — Le pronostic des accidents pulmonaires de nature syphilitique est toujours bénin. Celui des

accidents tuberculeux ou présumés tels, est variable suivant les cas, il doit être toujours réservé pour l'avenir.

X. — Le traitement mercuriel guérit les accidents syphilitiques et a une influence favorable sur les accidents tuberculeux ; il est bon cependant de lui adjoindre le traitement hygiénique habituel de la tuberculose et si les accidents disparaissent une existence susceptible d'en éviter le retour.

---

Vu : le Président de la thèse,
GAUCHER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

Imp. de la Faculté de Médecine, Bonvalot-Jouve, 15, rue Racine, Paris